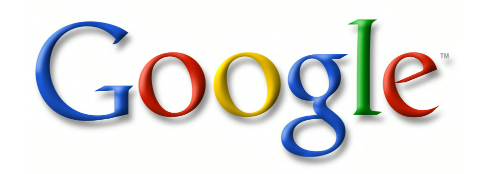
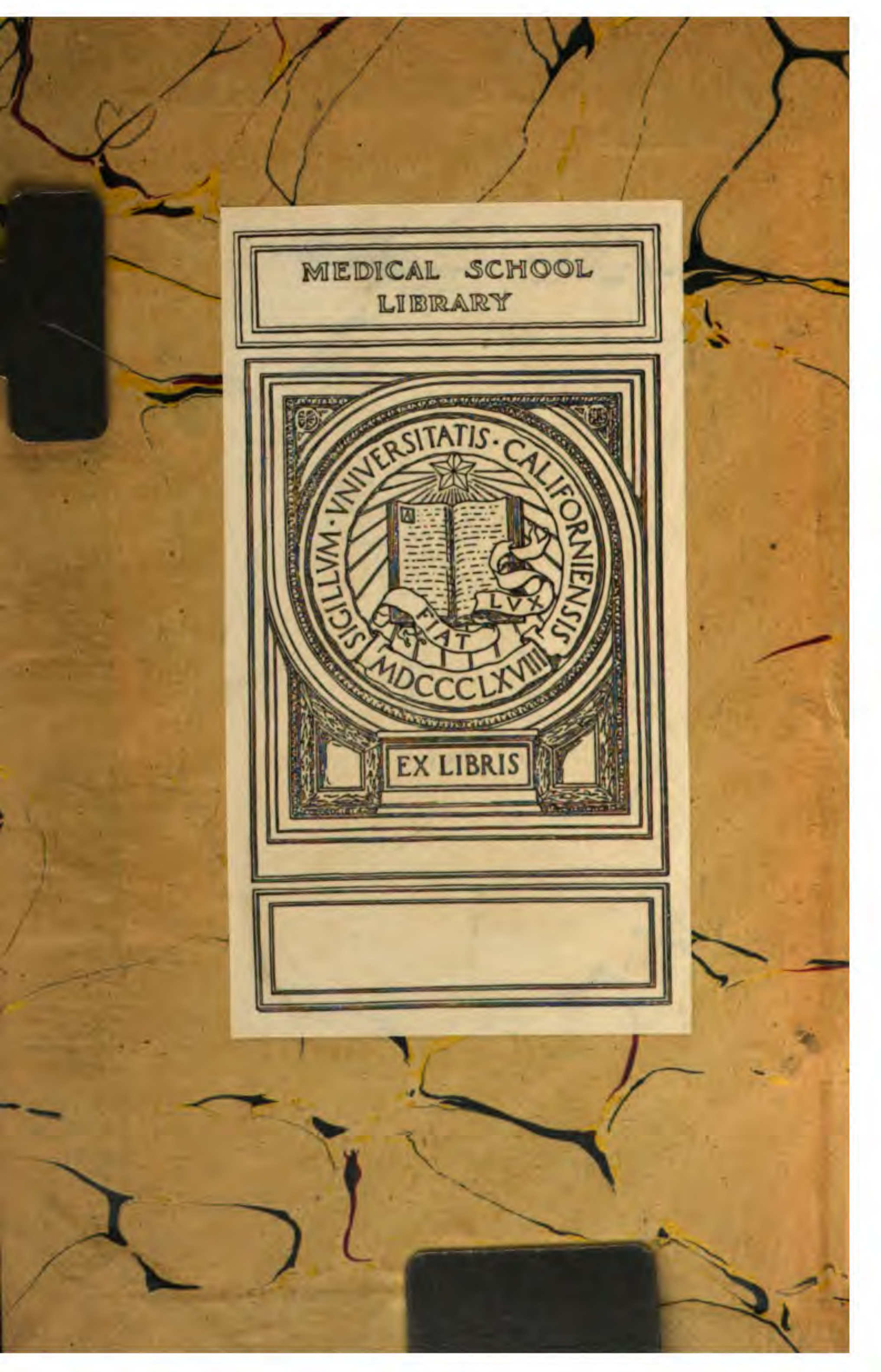
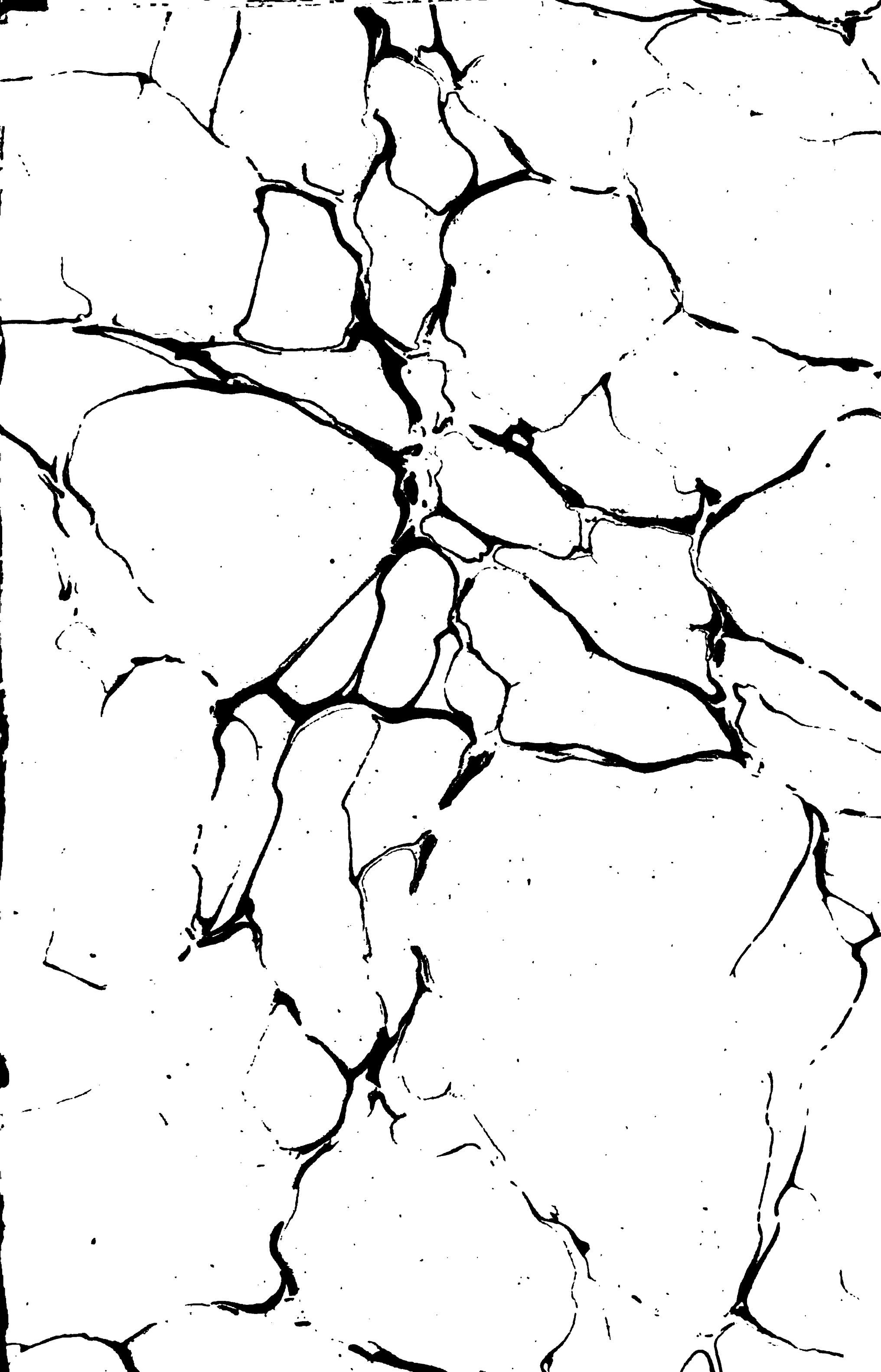






ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LIX

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs
Pour les départements	20 —
Pour les pays de l'Union postale.	22 —

Les abonnements sont reçus : à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne ; — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Imp. E. ARRAULT et Cie, Paris.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET **H. HARTMANN**

TOME LIX

Contenant des travaux de

ABADIE et MOITESSIER, ANDREW J. DOWNES, AUDEBERT,
AUDIBERT et BARRAJU, COUVELAIRE, DANIEL (C.), DOLÉRIS, FERRÉ,
FIEUX, GUINARD, HARTMANN, HOFMEIER, IVANOFF (N.),
JACOBS (J.), MAUCLAIRE, PAQUY et CH. ESMONET,
PINARD, PINARD et RICHET, POTOCKI, PSALTOFF,
STROHEKER, TREUB (H.).

1903

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1903

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JANVIER 1903

NÉCROLOGIE

Henri-Victor VARNIER

Henri-Victor Varnier, *né* le 24 juin 1859, est *mort* le 31 décembre 1902.

Il disparaît dans le plein épanouissement de sa maturité.

Sa vie scientifique tout entière fut consacrée à l'étude de l'obstétricie.

Avec une intelligence supérieure, avec une méthode de travail aussi solide que rigoureuse, avec une probité inflexible et inexorable, il s'acharna incessamment et passionnément à la recherche de la vérité, et cela jusqu'à son dernier jour.

Si sa vie a été courte, elle tiendra une grande place dans l'histoire de l'obstétricie contemporaine, même pour ceux qui l'écriront « sans faveur et sans passion ».

Demain seront rappelés et mis en relief les traits de son œuvre.

Aujourd'hui, contemplant ce qu'il a fait et jugeant par là de ce qu'il aurait pu faire, connaissant sa droiture morale, sachant que chez lui les qualités du cœur égalaient celles de l'esprit, pénétrés de l'étendue de la perte que nous venons de faire,

Consternés, accablés, nous pleurons sur lui et nous pleurons sur nous.

La Direction, la Rédaction et l'Administration
des *Annales*.

DE LA LÉGITIMITÉ DE LA PERFORATION DE L'ENFANT VIVANT

Par M. **Hofmeier** (Wurtzburg).

Bien que la perforation de l'enfant vivant dans la thérapie des viciations pelviennes ait été fort discutée au Congrès d'Amsterdam, il ne me paraît pas cependant hors de propos de traiter encore, ici, cette question et de justifier brièvement la manière de voir qui, ce me semble, est, encore à l'heure actuelle, celle de la majorité des accoucheurs allemands sur ce point. D'une part, en effet, abstraction faite du rapport imprimé de Léopold, l'obstétricie allemande ne s'est pas prononcée à ce Congrès, et, d'autre part, cette question obstétricale si importante a fait, grâce à la collaboration remarquable de nos confrères italiens et français de grands progrès; de plus, à la faveur de la brillante reviviscence de la symphyséotomie en Italie, due à Morisani, la question se présente sous un aspect tout nouveau, qui exige des maîtres de l'obstétrique une solution.

Notre éminent collègue le professeur Pinard a déclaré, on le sait, à plusieurs reprises et de façon formelle que l'accouchement prématuré, aussi bien que la perforation de l'enfant vivant, doivent être absolument proscrits de la thérapie des sténoses pelviennes, et que, se plaçant sous le principe de la reconnaissance du droit de l'enfant à la vie, il appartient entièrement au médecin, sans qu'il soit besoin de consulter ni la femme ni son entourage, de décider suivant quelle méthode, suivant quel procédé la parturiente en jeu devra être accouchée : ou par la symphyséotomie, ou par l'opération césarienne ? Or, même dans la littérature allemande, dans ces derniers temps, semblable opinion a été défendue sur des

matériaux tirés de la clinique de Zweifel et par lui-même (1), ainsi que dans un travail considérable de Krönig, basé sur des documents très nombreux et sur une expérience personnelle très grande. Si je ne puis mettre sur un pied d'égalité mes expériences personnelles, il n'en est pas moins vrai que toute clinique importante fournit, avec la suite des années, l'occasion de prendre position dans cette question pratique, essentielle, et de se prononcer sur les principes suivant lesquels il faut régler sa conduite. Pareilles occasions se sont offertes à moi, à plusieurs reprises, dans le courant des dernières années, et, sans entrer dans le détail des faits, je désire exposer ici les enseignements et les règles qui en sont découlés.

D'abord, que la remarque générale suivante soit faite : qu'une comparaison des résultats thérapeutiques obtenus dans les bassins rétrécis, et que l'édification sur ces résultats de certaines règles de thérapeutique dépendent essentiellement du mode de mensuration des dimensions du bassin, en particulier du conjugué vrai. Ainsi, dans la totalité du travail de Krönig, on voit que, systématiquement, l'estimation du conjugué vrai est faite par la soustraction de 2 centimètres du conjugué diagonal. Cela déjà ne doit pas évidemment concorder avec d'autres évaluations de ce diamètre et est sûrement pour beaucoup, et précisément pour les bassins plats, exagéré. Car, ainsi que le docteur Bollenhagen l'a démontré sur des pièces de cette clinique (2), la grandeur du diamètre conjugué diagonal dépend en premier lieu et surtout de la profondeur ou de l'élévation du promontoire, facteur très variable, et *la déduction pour l'évaluation du conjugué vrai doit être d'autant plus faible que le promontoire est situé plus bas* ; car, dans ce cas, les distances du promontoire au bord supérieur et au bord inférieur du pubis se rapprochent de plus en plus. Également, les exostoses très notables qui existent si souvent à la face

(1) *Hegar's Beiträge*, Bd IV, et *Z. Therapie bei engen Becken*. Leipzig. Georgi, 1901.

(2) *Hegar's Beiträge*, Bd I.

postérieure de la symphyse dans les bassins pathologiques et particulièrement dans les rachitiques, ont une influence sérieuse dans les détroits pelviens supérieurs déjà rétrécis. Mais comme, précisément, dans les cas où le promontoire est bas, profond, les bassins donnent tout de suite à l'exploration l'impression d'un rétrécissement notable, celui qui, sans enquête plus minutieuse, soustrait dans ce cas 2 centimètres du conjugé diagonal pour déterminer le conjugué vrai, jugera les bassins très rétrécis et, par suite, obtiendra des résultats apparents que d'autres n'auront pas avec une autre méthode d'estimation des dimensions pelviennes. Et la comparaison ne sera pas plus exacte, lorsqu'au lieu d'évaluer le conjugué vrai de façon si schématique, on se bornera à noter le conjugué diagonal ; car, dans ces conditions, il sera impossible de formuler une appréciation sur les particularités propres au cas dont on s'occupe. Dans l'évaluation des dimensions ou plutôt du rétrécissement vrai du bassin, on devrait seulement dans chaque cas, *sous la considération des conditions signalées*, apprécier les dimensions du bassin et s'appuyer sur ces dimensions ainsi obtenues pour l'appréciation des résultats thérapeutiques.

Nos observations sur l'accouchement dans les bassins rétrécis ont été faites avec cette particularité fondamentale qu'en général nous retranchions 1 cm. 75 du conjugué diagonal, mais avec aussi la prise en considération des conditions individuelles.

Nous ne tenons pas pour justifié d'admettre qu'un bassin est *généralement* rétréci, ainsi que cela est accepté dans beaucoup d'autres statistiques, lorsque seulement les dimensions transversales externes sont un peu au-dessous de la moyenne, parce que trop souvent la marche tout à fait normale de l'accouchement, de la mise au monde même de gros enfants, suffit à démontrer l'inexactitude de l'hypothèse acceptée. Seule, une exploration interne soigneuse du bassin peut donner une idée exacte d'une sténose générale du bassin. On peut, en outre, de nouveau, particulièrement noter, ce qui d'ailleurs a été déjà souvent et assez formellement relevé, mais qui, cepen-

dant, n'est pas toujours pris en considération suffisante, qu'indépendamment du rétrécissement du bassin, il y a *dans le crâne fœtal* un facteur tout à fait important, qui l'emporte presque en importance sur l'autre et qui entre en jeu, au point qu'il faut s'efforcer d'apprécier le plus exactement possible la consistance et le volume de la tête du fœtus, et d'apprécier l'importance, au point de vue de l'accouchement actuel, des anomalies pelviennes constatées, *en tenant compte des conditions, des particularités déterminées de la tête fœtale.*

Sans vouloir discuter ici plus longuement la question de *l'accouchement prématuré*, je tiens seulement à déclarer que je le juge toujours une opération justifiée et féconde en résultats; que, toutefois, je me suis de plus en plus rapproché du principe de Zweifel, à savoir : qu'il faut le restreindre en faveur des opérations plus radicales pratiquées à la fin de la grossesse, qu'il ne faut pas le pratiquer avant la 36e semaine de la gestation, ni y recourir au cas de bassins à conjugué vrai au-dessous de 8 centimètres. Autrement, les résultats pour les enfants sont trop mauvais. Avec beaucoup de raison, d'ailleurs, Zweifel déclare qu'il n'est pas possible de comparer entre eux les résultats de l'accouchement prématuré communiqués par divers auteurs à l'actif ou au passif de la méthode, parce que les règles d'après lesquelles la provocation de l'accouchement fut faite étaient souvent tout à fait différentes.

Et maintenant, pour revenir au thème spécial qui nous occupe : sommes-nous autorisés, à la fin de la grossesse, étant donnée l'amélioration extraordinaire des résultats de la section césarienne et de la symphyséotomie, à pratiquer encore la perforation de l'enfant vivant ? Le professeur Pinard résout négativement la question de la façon la plus formelle, en ce sens qu'il tient pour sacré le droit de l'enfant à la vie, et qu'il ne reconnaît pas à la mère le droit de réclamer une telle opération. A la vérité, je ne pense pas qu'il soit possible de résoudre semblables questions par des statistiques, parce que les conditions fondamentales dans lesquelles elles sont obtenues sont beaucoup trop disparates, et que personne ne dis-

pose de chiffres si importants que ces dissemblances, ces défauts s'effacent. On peut se guider sans cela sur les règles, d'après lesquelles on juge bon d'agir, règles qu'on tire de l'observation de cas particuliers, et je pense que dans la solution de la question pendante, on se décidera plutôt d'après les conditions extérieures en face desquelles on est appelé à prendre son parti. S'agit-il de femmes à bassin tellement rétréci, qu'il est impossible d'escompter un accouchement spontané d'un enfant, dont la grosseur doit être recherchée le plus exactement possible et qui est encore bien vivant, et cette femme se trouve-t-elle placée dans les bonnes conditions d'un établissement bien dirigé ou dans de bonnes conditions hygiéniques, alors, je suis aussi parfaitement d'avis que le médecin a non seulement le droit, mais le *devoir*, en pareil cas, dans l'intérêt de l'enfant, de rejeter nettement la terminaison de l'accouchement par la perforation et de choisir l'opération césarienne, son sentiment étant qu'il peut, avec la plus grande vraisemblance, réunir les garanties d'une issue heureuse pour la mère. Mais si ces conditions générales favorables *ne sont pas*, si les chances d'une bonne issue pour la mère sont très aléatoires, alors, il est impossible de ne pas tenir compte de la volonté de la mère ou de son entourage, et, à mon avis, on n'est pas en droit de faire peser lourdement son autorité médicale sur la parturiente ou sur son entourage, de façon à la décider à une opération radicale. Car, non seulement les résultats de la césarienne sont précisément plus mauvais dès que les cas ne sont pas tout à fait récents, dès que les conditions extrinsèques ne sont pas tout à fait favorables, mais même ceux des symphyséotomies faites dans les hôpitaux, ainsi que Zweifel et Krönig le reconnaissent parfaitement, et comme P. Bar l'établit d'après les résultats mêmes de Pinard (1). Déjà, de ces raisons, il ressort que la perforation de l'enfant vivant ne doit pas être proscrite de la pratique obstétricale générale. Car le principe qu'il

---

[illegible]*trique*, 1902, n° 2.

ne doit y avoir qu'*une obstétricie*, et non pas une pour les cliniques et une autre pour la pratique à domicile, ne saurait être maintenu devant la différence énorme des conditions du milieu.

Mais, même dans les maternités, nous nous trouvons parfois acculés à certaines situations dans lesquelles il n'y a pas d'autre échappatoire que la perforation de l'enfant vivant, au moins pour les accoucheurs qui, en présence de sténoses pelviennes moyennes, et particulièrement chez les primipares, attendent, systématiquement, l'action des forces naturelles. Étant donnée l'incertitude dans l'appréciation des dimensions pelviennes, comme dans celle du volume et de la résistance de la tête fœtale et de l'énergie des contractions, il faut, à mon avis, en semblables conditions, et particulièrement *après* la rupture des membranes, attendre. Le premier accouchement est, ainsi que cela a été très heureusement exprimé par d'autres, un *accouchement repère* (Probegeburt), et souvent on verra sa patience récompensée par l'accouchement d'un enfant vivant. La difficulté, ici, est naturellement de déterminer combien de temps il faut attendre.

Toutes les tentatives d'établir ici des règles de temps ne peuvent que paraître défectueuses, parce que non plus, sur ce point, on ne peut schématiser, mais il faut individualiser (1).

On pourra, au mieux, se guider sur les présomptions éventuelles d'un accouchement spontané, lorsque de bonnes contractions surviennent après la rupture des membranes, parce qu'alors, à assez bref délai, il sera possible de constater si la tête fœtale a, ou non, tendance à s'adapter.

Mais lorsqu'il n'y a pas les contractions ordinaires dans les conditions où, les contractions étant bonnes, on pense pouvoir sûrement compter sur un accouchement spontané ? Ici,

(1) Avec cette règle d'adapter son conseil médical aux conditions existantes, en un mot *d'individualiser* et de ne pas schématiser, je me trouve, d'ailleurs indirectement, en conflit avec le principe formulé par notre éminent collègue, professeur Pinard : *je suis l'ennemi de l'individualisme* (*loc. cit.*, p. 38); mais je tiens une généralisation si stricte des règles thérapeutiques, précisément en obstétrique, pour non opportune et inapplicable.

on arrive involontairement à attendre, et il doit en être ainsi dans une maison d'enseignement, parce que les médecins futurs doivent, en toutes circonstances, recevoir l'impression que l'obstétrique n'est pas « l'art de terminer les accouchements (Entbindungs Kunst). Mais les conditions pour la version et l'extraction étant défavorables, principalement quand on a affaire à des primipares, le moment propice à l'exécution de la version est vite passé, et les opérations avec le forceps ne sont pas encore faisables ou sont très graves pour la mère et l'enfant. Or, dans ces conditions, il est encore très difficile, très grave, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants illégitimes, de conseiller la symphyséotomie ou l'opération césarienne. A la vérité, Zweifel estime qu'il ne devrait pas être permis de faire une distinction entre les enfants légitimes et les enfants illégitimes, sous le prétexte d'une incursion dans le domaine des conditions sociales, qui, médicalement, ne serait pas justifiée. C'est là une façon de voir que je ne puis entièrement partager, et je suis plus disposé à faire mienne la formule employée par Pinard dans la discussion sur le même sujet : « *Pour moi, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes.* », bien qu'à la vérité, je tire de ce jugement des conclusions tout à fait autres — comme médecin, l'accoucheur a précisément *l'ensemble* de la situation à prendre en considération et à apprécier, et non pas seulement à s'efforcer de réaliser cet objectif : amener, en toutes circonstances, au monde un enfant vivant !

Et si l'on veut, dans ces cas très aléatoires, prendre en considération, rapprocher toutes les conditions particulières qui l'accompagnent, il convient aussi de se préoccuper des chances que cet enfant venu au monde a de se développer ultérieurement. Combien alors est plus défavorable le sort des enfants illégitimes en comparaison de celui des enfants légitimes, c'est un point sur lequel il est inutile d'insister davantage. Aussi, la question doit-elle se poser à tout médecin instruit, si, pour un enfant menacé immédiatement aussi bien que dans son développement ultérieur, il

convient d'exposer à des dangers aussi graves la vie et la santé de la mère. Car, qui pourrait affirmer, avec certitude, dans les conditions précisées, qu'il n'existe pas un certain danger? danger qui croît pour la mère autant que diminuent les chances favorables pour l'enfant. Si de plus, en semblables conditions, la mère se refuse à laisser exécuter une opération quelconque sur elle, alors, ni devant notre propre conscience, ni devant la loi, nous ne sommes autorisés à exécuter ni la césarienne, ni la symphyséotomie contre la volonté ou, simplement, sans l'autorisation de la parturiente. Il est à peine besoin de dire qu'on peut accéder aux désirs exprimés soit par la femme, soit par l'entourage, sans exagérer les risques à courir, ni sans leur rendre par des exagérations injustifiées la décision difficile à prendre. L'expérience de ces faits m'a, d'autre part, appris que, même en ces conditions, on pourra avoir la joie d'un succès complet.

D'ailleurs, la plupart du temps, la situation se trouvera simplifiée du fait qu'au cours de cette longue attente l'enfant aura fini par succomber. Et puis, on devra se dire, quand les indications à la terminaison de l'accouchement dans l'intérêt de la mère deviennent de plus en plus impérieuses, que, sous le point de vue final, il est indifférent que l'enfant succombe spontanément ou par la perforation. Assurément les adversaires de la perforation objecteront à cela qu'il ne faut pas laisser aller les choses si loin, qu'il convient d'exécuter à temps la symphyséotomie, et c'est de façon très formelle que, pour l'application judicieuse de ces principes de conduite dans la direction de ces accouchements, Pinard formule : « Éviter une trop longue durée de l'accouchement, éviter l'infection. » Et il n'est pas douteux, ainsi que le relève Krönig, que la symphyséotomie a sur les autres procédés opératoires de mise le grand avantage de pouvoir être exécutée même après une expectation assez longue, que c'est même alors que ses indications deviennent plus précises. Mais le point délicat, bien difficile à déterminer, précisément au cas de douleurs défectueuses, c'est le moment précis jusqu'où il est possible

d'attendre avec la certitude pourtant de compter sur un enfant bien vivant. Mais on aime mieux, en général, quel que soit le procédé opératoire, attendre que l'orifice externe soit assez dilaté. Car, même lorsqu'on incline à suivre le conseil de Zweifel, du reste très peu goûté de la plupart des accoucheurs, d'abandonner, une fois la symphyséotomie faite, la terminaison de l'accouchement aux forces naturelles, on n'a guère de garantie que la dilatation de l'orifice externe va, dès lors, se faire rapidement.

Arrive-t-on, après plusieurs jours d'expectation et la femme étant consentante, à faire la symphyséotomie, quels résultats ? Un enfant qui meurt tout de suite ou peu après, une femme exposée à des suites de couches compliquées.

A la vérité, Pinard et Zweifel déclarent tous les deux qu'il ne faut plus pratiquer la symphyséotomie dès que l'enfant est mourant ou que la mère est infectée. Et ces auteurs ont fait eux-mêmes, dans ces conditions, des expériences fâcheuses avec l'opération. Mais quand doit-on considérer un enfant comme étant « mourant », une femme comme étant « infectée » ? Inutile de s'attarder sur les phénomènes essentiels et connus de tous, symptomatiques de ces états ; mais leur absence n'est pas la preuve *sine qua non* que l'enfant est bien vivant, que la mère est encore tout à fait bien.

Dans ces accouchements particulièrement prolongés, en effet, même quand les doubles battements fœtaux sont assez réguliers, l'enfant n'est presque jamais bien pleinement vivant, et, de plus, même en supposant la direction la plus prudente de l'accouchement, il est impossible d'affirmer que la santé de la mère reste parfaite.

Or, je trouve une démonstration frappante de la justesse de ces considérations dans la première observation de symphyséotomie communiquée par Krönig.

Obs. — Ipare, conjugué vrai, 8,5. Durée de l'accouchement, 28 heures. Les douleurs étant fortes, affaiblissement des bruits du cœur et sortie de méconium ; en même temps, dilatation de l'orifice

externe et engagement avec fixation de la tête fœtale; application de forceps sans résultats; symphyséotomie; dégagement de la tête par un forceps au détroit inférieur. Enfant profondément asphyxié, non ranimé. Mère gravement malade pendant 5 à 6 semaines après l'accouchement.

Le résultat fut donc très peu satisfaisant. Krönig, il est vrai, incrimine pour la plus grande part, les tentatives préalables de forceps ; toutefois, il paraît plus vraisemblable que ces tentatives n'ont pu guère modifier la situation.

Martin a récemment communiqué une observation semblable (1).

OBS. — Ipare, 19 ans, bassin modérément plat, conjugué diagonal, 11 centimètres. Après 36 heures de douleurs, tête encore au détroit supérieur. T., 38°,8 ; P., 120. Doubles battements fœtaux jusqu'à 180 ; tentative d'extraire la tête fœtale avec le forceps, même dans la position à la Walcher, infructueuse. Symphyséotomie, forceps sans résultats. Alors, section césarienne qui permit d'extraire un enfant du poids de 3.750 grammes, profondément asphyxié, qui ne put être ranimé. Suites de couches assez régulières. Il est toutefois permis d'ajouter qu'avec ces deux opérations, on fit courir à la mère un danger sans proportion avec le résultat pour l'enfant.

Également, J. Veit relate un fait semblable de symphyséotomie après 3 jours de douleurs ; l'enfant vint à la vérité vivant, mais succomba 24 heures après sans cause saisissable. J'ai dû faire moi-même une expérience semblable :

OBS. — III pare, 33 ans ; le premier accouchement a été terminé par perforation. — 3e grossesse; à la fin, présentation du sommet, 1re position. Diamètre des épines 21,5 ; des crêtes 24 ; externe 16,5 ; diagonal 9 1/2. Premières douleurs, le 16 février 1899, 5 heures du matin. Le 17 février, 6 heures après-midi, parce que les douleurs étaient défectueuses et la dilatation étant environ de 3 centimètres, rupture des membranes ; écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique ; le 18 février, à 6 heures après-midi, tête fœtale au

(1) *Deut. med. W.*, 1902, n° 52.

détroit supérieur, presque enclavée, tentative prudente de forceps abandonnée après 6 tractions inutiles ; le 19 février, à 9 heures du matin, tête un peu plus descendue, doubles battements fœtaux bons ; nouvelle tentative de forceps infructueuse ; symphyséotomie ; mise au monde d'un enfant pesant 3.150 grammes, assez profondément asphyxié, ranimé cependant, mais qui mourut le 4e jour. Autopsie absolument négative. Suites de couches troublées par une infection de la plaie avec fièvre vive; la patiente ne put être renvoyée que le 5 avril avec un bandage.

Est-il donc justifié, en semblables conditions, d'opérer, dans l'intérêt de l'enfant ? Si pénible que puisse être cette décision, je tiens à résoudre cette question formellement par la *négative*. C'est un résultat purement apparent que nous obtenons au prix d'un danger grave pour la mère, laquelle cependant a d'autant plus besoin de recouvrer tôt et complètement son activité physique qu'elle est dans la nécessité de gagner elle-même sa subsistance. Ici encore, il n'est pas possible de ne pas tenir compte, dans la décision à prendre, de la condition sociale de la parturiente. Que l'on écarte le principe de l'expectation, et qu'on semble même se passer du secours de la version dans des cas convenables. alors j'ai la conviction ferme que, dans ce cas, on fera et qu'on a fait des symphyséotomies non indispensables.

Sans discourir davantage sur les indications de cette dernière opération, je tiens à rappeler brièvement que, sous ce rapport, j'agis à peu près comme il a été formulé par Fritsch (*Hegar's Beitr.*, Bd 3) quand, le bassin étant modérément rétréci, les contractions vigoureuses et l'enfant selon toute apparence bien vivant, la tête ne s'engage pas et qu'elle ne peut être engagée, soit par une application prudente de forceps, soit par un procédé que j'ai préconisé il y a déjà ving ans pour ces cas et décrit exactement (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd 6, p. 167 et seq., *Methode der Impression*), ces tentatives d'engagement étant faites même dans la position à la « Walcher ». Il me paraît, en outre, très utile de rechercher da[illegible] la *situation du pariétal antérieur par rapport au*

bord supérieur de la symphyse, condition qui, souvent, peu être très nettement déterminée par l'exploration externe. Reconnaît-on la saillie du pariétal encore au-dessus du bord de la symphyse et le débordant, toute tentative du procédé d'impression ou de forceps est a priori inefficace et à éviter. Au contraire, a-t-on pu au cours du travail se bien assurer (et, le cas échéant, cette constatation se fait de la manière la plus nette) que la saillie, la voussure du pariétal s'aplatit et s'efface peu à peu, alors les chances en faveur d'une terminaison de l'accouchement par le procédé d'impression ou avec le forceps sont de beaucoup meilleures. Déjà dans la première description de ce *procédé d'impression*, j'ai fait remarquer que, si en l'exécutant énergiquement sous narcose on ne constate pas, par l'examen interne fait simultanément, la descente de la tête fœtale, en général les applications de forceps seront infructueuses ou tellement laborieuses qu'il sera plus sage d'y renoncer. Faire dans ces conditions une tentative prudente de forceps avant de procéder à la symphyséotomie, ne me semble pas chose si risquée. Mais la symphyséotomie — et sur ce point tous les accoucheurs allemands sont absolument d'accord — n'est pas une opération de pratique courante.

J'arrive ainsi à la conclusion qu'encore aujourd'hui, en dépit des grands perfectionnements apportés à l'art chirurgico-obstétrical, la perforation de l'enfant vivant, *considération étant prise de l'ensemble de la situation obstétricale*, aussi bien en pratique générale que même dans les maternités, reste à l'occasion l'échappatoire la plus favorable, et qu'on n'est pas autorisé par la seule considération d'arguments moraux ou théoriques sur le droit de l'enfant à la vie, à lui substituer la symphyséotomie et la section césarienne. Par contre, ce désir paraîtra bien justifié de s'efforcer, grâce à une détermination plus judicieuse et plus précise des indications de ces opérations, à réduire au *minimum*, au moins dans les cliniques, la perforation de l'enfant vivant. Car, d'après le travail de Liemberger, tout récent et basé sur les matériaux

très riches accumulés pendant les dix dernières années à la « IIe Wiener Geburtsh. Klinik » (Chrobak). Elle compte encore, sur un total général de 232 cas de craniotomie, pour 51 cas = 35 p. 100; et, du tableau comparatif qu'il a dressé pour un grand nombre de maternités, il ressort que son pourcentage oscille de 12,5 à 51,4 p. 100 sur l'ensemble des cranioclasies faites (1). D'ailleurs, nombre de ces faits ne proviennent pas des dix dernières années, tandis qu'il ressort du travail très estimable de Sippel que dans les statistiques antérieures ce pourcentage est encore notablement plus élevé.

---

(1) *Berichte d. II. Geburtsh. Gynækol. Klinik in Wien.* Hoelder, Wien, 1902.

RAPPORT SUR LES CAUSES PHYSIOLOGIQUES
DE LA DIMINUTION DE LA NATALITÉ EN FRANCE

Par MM. **Pinard** et **Ch. Richet.**

MESSIEURS,

Dans votre séance du 5 mars 1902, vous avez désigné MM. PINARD et Ch. RICHET comme rapporteurs de la question suivante : « Y a-t-il des causes physiologiques qui influent sur la diminution de la natalité ? » C'est le résultat de nos recherches, sommairement présentées, que nous venons exposer ici.

Il est clair que la nuptialité doit être mise hors de cause ; car la nuptialité n'est pas notablement plus faible en France que dans les autres pays (France : 7,52 p. 100 ; Allemagne : 8,18 p. 100 ; Grande-Bretagne et Irlande : 7,40 p. 100 ; Italie : 7,32 p. 100). La vraie cause de la diminution de la natalité, c'est la diminution du nombre des enfants par ménage.

Contrairement à ce qu'on eût pu supposer *a priori*, les statistiques ne sont pas très nombreuses qui donnent le nombre des enfants par ménage. Toutefois, dans le recensement de 1896, nous pouvons trouver le document suivant, très instructif.

Sur 1.000 familles, quelle est la proportion de ménages sans enfants ?

Pas d'enfant	171
Un enfant	249
Deux enfants	224
Trois —	150
Quatre —	93
Cinq —	55
Six —	31
Sept — et plus	27

Cette statistique, au point de vue qui nous occupe ici, est loin d'être parfaite. D'une part, elle ne compte que les enfants *vivants*, ce qui n'indique pas d'une manière absolue la fécondité vraie, puisqu'il faudrait alors compter aussi bien les enfants morts que les enfants vivants. D'autre part, elle comprend des ménages très jeunes, datant même de quelques jours et qui n'ont pas eu le temps d'avoir même un seul enfant.

Aussi, cette proportion de 17,1 ménages sans enfants, sur 100 ménages, ne représente-t-elle pas réellement le nombre des ménages stériles, puisqu'il y a dans ce groupe, aussi bien les ménages dans lesquels tous les enfants sont morts (et par conséquent ces ménages n'étaient pas stériles) que les ménages trop récents pour qu'il y ait eu des enfants, de sorte que le chiffre de 17,1 est un maximum, et un maximum certainement très au-dessus du chiffre vrai.

Pour simplifier le langage, nous appellerons *fécondité* le fait pour une famille d'avoir des enfants (qu'il y en ait un ou plusieurs), et *stérilité* le fait pour une famille de n'avoir pas d'enfants. Le coefficient de fécondité sera le chiffre centésimal de la proportion des familles fécondes ; le coefficient de stérilité sera le chiffre centésimal de la proportion des familles stériles.

Or, nous pouvons admettre, comme extrêmement vraisemblable, sans cependant pouvoir en donner la démonstration rigoureuse, que nul ménage ne s'est volontairement privé d'enfants. C'est là un *postulatum* assurément, mais un *postulatum* qu'il n'est pas besoin de défendre, car il paraît presque évident. Sauf de très rares exceptions, il n'est pas de couple familial qui, de propos délibéré, se condamne à vivre sans enfants. A coup sûr, dans l'immense masse des familles françaises, on en trouverait qui sont restées volontairement stériles ; mais le nombre en est si faible qu'il est négligeable.

Une première conclusion s'impose, c'est que la stérilité n'est pas un phénomène volontaire, mais un phénomène physiologique, de cause organique.

Autrement dit encore, le coefficient de stérilité est l'expres-

sion des causes physiologiques (dépendant de la constitution des parents et non de leur volonté) qui influent sur la natalité d'un pays; car, s'il est évident que pour la naissance du deuxième, ou du troisième, ou d'un autre enfant, la volonté limitatrice des parents peut intervenir, elle n'intervient pas quand il s'agit de la naissance du premier enfant ; car presque tout ménage, sauf de rarissimes exceptions, désire avoir au moins un enfant.

Le coefficient de stérilité est donc un coefficient physiologique ; tandis que le coefficient de la natalité est un coefficient volontaire.

Insistons sur ce point qui est fondamental. La stérilité est organique, c'est-à-dire fatale, due à des causes, pathologiques ou autres, qui sont irrémédiables ; et, d'autre part, la fécondité restreinte peut être volontairement restreinte, c'est-à-dire due à la résolution formelle des deux époux, ou de l'un des deux époux, de n'avoir qu'un nombre limité d'enfants.

La stérilité *organique* sera donc représentée par le nombre des ménages sans enfants ; et la diminution de fécondité, phénomène *volontaire*, ne portera que sur la diminution du nombre des enfants par ménage.

Il nous paraît certain, comme à tous ceux qui ont étudié la question, que, sauf d'assez nombreuses exceptions, pour les ménages avec enfants, la fécondité est réglée par la volonté. Du moment que deux jeunes époux ont un enfant, il n'y a en général aucune raison de cause physiologique pour qu'ils n'en aient pas un autre ; et, s'ils en ont deux, aucune cause pour qu'ils n'en aient pas un troisième ; de fait, s'ils en ont un, ou deux, ou trois, ou quatre, ou davantage, c'est parce qu'ils ont voulu, de propos délibéré, en avoir un, ou deux, ou trois, ou quatre, ou davantage. Ce n'est pas le hasard qui règle le nombre des enfants par famille. Nous savons tous parfaitement que le hasard n'y est pour rien : c'est la volonté même des parents qui détermine le nombre de leurs enfants, quand ils sont capables d'avoir des enfants, de sorte que l'infécondité (relative) des ménages avec enfants est une infécon-

dité toute volontaire. Tout le monde le sait. Tout le monde, en France, au moins, est instruit de ces choses, en théorie et en pratique, et il n'est pas possible de se faire la moindre illusion à cet égard.

Notre tâche n'est pas d'établir ici cette démonstration ; mais seulement de rechercher si la stérilité organique est plus fréquente en France qu'ailleurs, plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois.

Si la démonstration venait à être faite, que cette stérilité est partout la même, il s'ensuivrait que les familles françaises sont à peu près dans les mêmes conditions physiologiques que les familles des autres nationalités. Or, cela rendrait bien invraisemblable l'opinion que l'infécondité relative est organique, et non volontaire ; car alors il faudrait admettre ceci, qui est vraiment absurde, que les familles françaises ne sont différentes (organiquement) des familles d'autres nationalités que pour les naissances de beaucoup d'enfants, mais qu'elles ne sont pas plus stériles que les autres, dès qu'il s'agit de stérilité véritable.

Ces prémisses bien établies, venons aux chiffres qui donnent le coefficient de la stérilité en France et dans les autres pays. Rochard, dans une discussion à l'Académie de médecine en 1895, donnait, surtout d'après des médecins allemands, une proportion de 16 p. 100 de ménages stériles, mais sans preuves à l'appui. Kisch (*Causes et Traitement de la stérilité chez la femme*, traduction française, Paris, Steinheil, 1888) fournit d'assez nombreux documents, qui sont approximatifs, mais qui ne s'éloignent pas sans doute beaucoup de la réalité.

			COMBIEN DE MÉNAGES STÉRILES ?	
Époux.	Nombre de ménages.	Auteurs.	Nombre absolu.	0/0
Princiers et royaux .	626	Kisch.	70	11,4
Anglais	1.252	Simpson.	146	11,7
Écossais.	4.447	Duncan.	723	16,3
Divers.	1.919	Amell.	152	8,0
TOTAUX.	8.244		1.093	13,4

Il y aurait donc, d'après les médecins anglais, une proportion d'environ 13,4 unions stériles pour 100 ménages. Ce chiffre est assez différent du chiffre moyen de 16 p. 100 donné par les médecins allemands. Mais, d'une manière générale, il ne faut considérer de pareils documents que comme très approximatifs ; car un médecin, si occupé qu'il soit, ne peut donner que des chiffres en nombre assez restreint, et ce sont des cas forcément un peu exceptionnels qu'il rapporte, viciés par une cause quelconque, qui lui a fait voir tantôt plus, tantôt moins de ménages stériles qu'il n'y en a dans la moyenne réelle des choses.

Il faut donc chercher plutôt dans les statistiques générales comportant de grands chiffres.

Le recensement de 1896 nous donne des documents très précis sur la proportion des ménages stériles en France.

Voici ces chiffres :

Durée du mariage.	Nombre de ménages recensés.	Nombre de ménages sans enfant.	Sur 1.000 ménages combien sans enfant.
De 0 à 2 ans	608.604	290.437	47,7
— 3 à 4 —	618.070	143.701	23,3
— 5 à 9 —	1.105.704	171.813	15,5
— 10 à 14 ans . . .	1.111.613	139.354	12,5
— 15 à 19 — . . .	1.038.812	121.031	11,6
— 20 à 24 — . .	988.927	112.338	11,3
— 25 à 49 — . . .	1.825.406	222.964	12,2
— 50 à 60 — . . .	175.217	24.283	13,8
Durée inconnue . .	217.604	40.176	18,5

Ce tableau est d'une grande importance. Il nous montre d'abord que le nombre proportionnel des ménages sans enfants va en diminuant, à mesure que la durée du mariage est plus longue. Contrairement à ce qu'on serait tenté de croire tout d'abord, le fait de n'avoir pas d'enfants pendant 4 ans, voire même pendant 10 ans ou 14 ans, ne prouve pas qu'il n'y en aura pas plus tard. De 14 à 24 ans, la proportion reste à peu près la même : c'est donc le nombre des ménages stériles, après 14 ans de mariage, qui indiquera ce nombre de

ménages définitivement stériles. Sur 2.027.739 ménages ayant duré de 15 à 24 ans, il y a eu 233.369 mariages sans enfants, soit une proportion, en chiffres ronds, de 11,5 p. 100.

Il est vrai que ce chiffre n'indique pas la stérilité absolue, mais la stérilité en enfants vivants, si l'on peut s'exprimer ainsi : car le recensement ne tient pas compte des enfants qui sont morts.

Pour combler cette lacune, nous n'avons pas de statistique française ; mais M. J. Bertillon a communiqué des statistiques de Rio-Janeiro qui permettent de savoir combien sont nombreux les ménages de 15 à 24 ans de durée dans lesquels il y a eu des enfants qui sont tous morts. C'est une proportion exactement de 2 p. 100 ; de sorte que, si nous supposons, comme cela est vraisemblable, que le nombre de familles ayant eu des enfants, et les ayant tous perdus, est proportionnellement le même au Brésil et en France, nous aurons le chiffre de 9,5, comme indiquant la proportion des ménages absolument stériles pour 100.

A vrai dire, cette comparaison n'est pas irréprochable ; car on ne peut pas tout à fait comparer des familles urbaines et des familles rurales. Il vaut mieux, comme l'a fait observer M. J. Bertillon, comparer les trois villes de Rio-Janeiro, de Berlin et de Paris, pour lesquelles nous avons des données qui paraissent homologues.

Nous avons alors, pour les ménages ayant duré de 15 à 24 ans :

	Sur 100 familles :		
	N'ont jamais eu d'enfant.	Ont eu des enfants et les ont perdus.	Sont sans enfants vivants.
Paris	15,3	»	»
Berlin	12,8	»	»
Rio-Janeiro	11,3	2,0	13,3

Et, pour compléter ces chiffres, il nous suffira de retrancher 2 p. 100 au chiffre de la stérilité des Parisiennes, et on trouvera :

Paris	11,3
Berlin	12,8
Rio-Janeiro	11,3

La différence n'est donc pas considérable ; elle est en notre défaveur assurément, mais on peut, ce semble, l'expliquer, en admettant, ce qui est bien vraisemblable, que d'assez nombreux ménages, n'ayant eu (volontairement) dans les quinze premières années de mariage que un ou deux enfants, les ont perdus sans pouvoir, ou même vouloir, les remplacer par d'autres venus plus tard. De sorte que le nombre de familles ayant eu progéniture et l'ayant perdue toute, nombre que nous avons, d'après la ville de Rio-Janeiro, évalué à 2 p. 100, est probablement plus considérable à Paris qu'à Rio-Janeiro.

Il y a donc lieu de supposer que la diminution (volontaire) de la fécondité entraîne, par cela même, une proportion un peu plus grande de mariages stériles en enfants vivants.

Tout compte fait, même en admettant, ce qui nous semble assez peu vraisemblable, qu'il existe une légère infériorité des familles parisiennes au point de vue de la fécondité, cette différence ne suffit absolument pas pour expliquer la différence de natalité entre Berlin et Paris, par exemple, car la natalité est à Berlin de 29 p. 100 et, à Paris, elle est de 23 p. 100.

En supposant la fécondité (proportion des mariages féconds) égale à 100 pour Paris, elle serait de 104 pour Berlin ; tandis que la natalité, si elle était de 100 à Paris, serait de 127 à Berlin.

En résumant ces faits, nous avons les chiffres suivants, pour indiquer la proportion des ménages stériles, chiffres approximatifs, mais qui suffisent cependant à nous prouver que les différences entre les pays différents sont minimes :

Anglais (d'après Duncan et Kisch)	13,4
Paris	13,3
Berlin	12,8
Rio-Janeiro	11,3
Français	9,5

En chiffres ronds, on peut dire que le coefficient de stérilité varie de 10 à 13 p. 100.

Par conséquent, la stérilité physiologique n'est pas plus fréquente en France qu'ailleurs, et ce n'est pas là la cause de notre plus faible natalité.

Ce n'est pas à dire pour cela que nous devons considérer ce chiffre de 10 p. 100 comme négligeable. Le fait qu'il est le même en France et dans les autres pays ne nous interdit nullement de chercher à en connaître la cause, afin de la combattre. Mais, par malheur, cette recherche est absolument hors des ressources de la statistique, et on ne peut s'en tenir qu'à des données très insuffisantes et très hypothétiques.

Parmi les causes de stérilité, la syphilis joue un rôle certainement important, syphilis acquise, ou même syphilis héréditaire tardive ; mais la blennorrhagie est plus efficace peut-être à produire la stérilité : chez l'homme d'abord, par les orchites et épididymites qui oblitèrent les canaux efférents ; et chez la femme par les métrites, salpingites, ovarites, qui amènent la stérilité. Évaluons (très arbitrairement) à 5 p. 100 la stérilité qui a pour cause une affection vénérienne (syphilis et blennorrhagie).

Les malformations congénitales ou acquises sont certainement rares. Admettons cependant la proportion de 1 p. 100.

L'impuissance de l'homme, quoique relativement rare, peut être, très arbitrairement encore, évaluée à 1 p. 100.

Enfin il restera environ 4 p. 100 de causes diverses, multiples, complexes, défiant toute analyse : chasteté voulue dans le mariage, stérilité volontaire, trop grande disproportion d'âge entre les époux (1), maladies incurables, maladies chroniques, aliénation mentale, éloignement des époux vivant séparés de fait, quoique légalement unis, etc., etc.

Quant à l'alcoolisme et à la tuberculose, dont les ravages croissent rapidement, s'ils exercent une terrible influence sur la qualité des enfants procréés, ni l'un ni l'autre de ces deux fléaux ne semble être la cause immédiate de stérilité.

(1) Relativement à la disproportion d'âge des époux, nous avons

Or, cette classification des causes de la stérilité, qui est malheureusement très arbitraire, nous permet d'admettre qu'on peut remédier à la stérilité de ces 10 familles stériles sur 100, en combattant par divers moyens — sur lesquels nous n'avons pas à insister ici — les maladies vénériennes, qui, chez les jeunes hommes, tarissent la fécondité avant l'âge, et, quand la fécondité n'est pas détruite, abolissent à jamais l'intégrité de la descendance.

Quant aux autres causes, nous doutons qu'on puisse les atteindre. Elles sont d'ailleurs d'assez faible importance.

Somme toute, nous pouvons considérer comme démontré que ce grand phénomène social, si grave, si menaçant, de la diminution croissante de la natalité française n'est pas de cause organique. Le coefficient de stérilité des ménages français n'est pas plus fort que celui des ménages étrangers. La

---

établi, d'après les statistiques de la ville de Paris, 1899, les chiffres suivants, qui montrent un fait intéressant :

Natalité suivant la différence d'âge des époux.

Différence d'âge.			Nombre de familles.	Nombre d'enfants.	Nombre d'enfants par famille.	
—			—	—	—	
L'époux a plus de 25 ans que l'épouse . .			173	161	0,94	
—	20 à 24 ans que l'épouse		241	324	1,33	
—	15 à 19	—	717	1.309	1.86	
—	10 à 14	—	2.360	4.140	1,78	1,88
—	5 à 9	—	6.942	13.354	1,89	
—	1 à 4	—	7.585	15.226	1,97	
Égalité.			1.583	3.171	2,00	
L'époux a moins de 1 à 4 ans que l'épouse			3.370	4.188	1,23	
—	5 à 9	—	1.355	901	0,69	0,72
—	9 à 14	—	382	335	0,86	
—	15 à 19	—	92	81	0,89	
L'époux a 20 ans et plus que l'épouse. .			40	10	0,25	

On voit que c'est quand les deux époux ont le même âge que la fécondité paraît être maximale ; mais qu'elle est presque exactement la même quand l'époux est plus âgé que l'épouse de 10 et même de 19 ans. Au contraire, dès que l'époux est moins âgé que l'épouse, aussitôt la fécondité diminue très vite, même s'il n'a que 1 à 4 ans de moins.

seule et unique cause de notre moindre natalité, c'est la volonté, déterminée et consciente, des époux de n'avoir qu'un nombre limité d'enfants. Ils savent par quels subterfuges, très simples, se peuvent limiter les conceptions et les naissances, et partout, chez les bourgeois, les paysans et les ouvriers, il y a mise en pratique de ces subterfuges, de telle sorte que la natalité en cause représente très exactement le nombre des enfants que la France peut avoir.

Nous vous proposons donc les conclusions suivantes, qui résument cette discussion :

1° Les familles françaises stériles sont dans la proportion de 10 à 13 p. 100. Cette stérilité est involontaire, de cause organique, et elle n'est pas plus fréquente en France qu'ailleurs, de sorte qu'il ne faut pas faire intervenir les causes physiologiques dans la diminution de notre natalité ;

2° La principale cause de cette stérilité des ménages (12 sur 100), en France comme dans les autres pays, c'est l'extension des maladies vénériennes antérieures, qui, quoique guéries en apparence, n'en créent pas moins des états pathologiques qui entraînent la stérilité ;

3° Pour remédier à la diminution de natalité en France, il n'y a à compter que sur les moyens qui changeront la volonté des familles françaises, et les détermineront à vouloir avoir plus d'enfants qu'elles ne veulent en avoir aujourd'hui.

MATERNITÉ DE L'HÔTEL-DIEU
SERVICE DE M. LE D[r] CHAMPETIER DE RIBES

DE L'ACHONDROPLASIE CHEZ LE FŒTUS

Par M. **Constantin Daniel**, interne des hôpitaux,
Répétiteur à la Clinique Baudelocque.

Les observations d'achondroplasie chez le fœtus paraissent bien rares, si l'on en juge par le petit nombre de cas publiés jusqu'à aujourd'hui. Cela tient en grande partie à ce que l'on a souvent confondu et qu'on confond souvent encore sous le nom de rachitisme intra-utérin, rachitisme fœtal, rachitisme congénital, les maladies du squelette fœtal qui doivent être soigneusement distinguées. Actuellement, l'existence du rachitisme pendant la vie intra-utérine est mise en doute grâce aux différentes études soit cliniques, soit histologiques, portant sur le fœtus, l'adolescent ou l'adulte. En effet, une grande partie des observations publiées sous le nom de rachitisme intra-utérin appartiennent à des nouveau-nés achondroplases ; d'autres ont trait à des déformations fœtales liées à la syphilis osseuse congénitale, au myxœdème congénital, à la compression intra-utérine due à l'olygamnios, à l'ostéopsathyrose ou fragilité constitutionnelle des os, qui peut être quelquefois intra-utérine, enfin à l'ostéoporose congénitale ou raréfaction du tissu osseux, etc. Ainsi s'explique la terminologie si variée appliquée aux diverses anomalies du squelette fœtal, lesquelles sont désignées sous les noms : d'ostéogénèse incomplète, de chondrite fœtale, de micromélie chondromalacique, d'achondrotrophie, de chondrodystrophie, d'achondroplasie, etc.

Ce sont ces considérations cliniques d'une part, plus les recherches histologiques, qui ont conduit un grand nombre d'auteurs à rejeter le mot de rachitisme intra-utérin et de décrire sous le nom d'*achondroplasie* toute altération du squelette survenant pendant la vie intra-utérine et déterminant les altérations du cartilage, et réservant la dénomination de *rachitisme* aux déformations du squelette apparaissant après la naissance.

L'histoire du rachitisme intra-utérin et de l'achondroplasie a été l'objet de nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger. Décrite pour la première fois en 1860 par Müller (1), sous le nom de rachitisme spécial, l'achondroplasie fut observée ultérieurement par Virchow (2), par Winckler (3), qui rapportèrent en 1871 des observations analogues. De nombreuses publications étrangères d'Eberth (4), de Neumann (5), de Smith (6), de Wyss (7), de Kassowitz (8) et plus récemment d'Hofmeister (9), parurent dans la suite ; tous ces auteurs décrivirent l'achondroplasie sous le nom de rachitisme avec crétinisme. C'est Depaul, le premier en France, qui, en 1851, dans un mémoire lu à l'Académie, attira l'attention sur cette « maladie spéciale du système osseux développée pendant la vie intra-utérine », et décrite à tort sous le nom de rachitisme intra-utérin ; il essaya de différencier cette affection du rachi-

---

(1) Muller, Ueber fœtal Rachitis. *Wurzburzer med. Zeit.*, 1860.

(2) Virchow, *Gesammte Abhandlungen*, p. 934.

(3) Winckler, Ein Fall von Rachitis mit Micromelia. *Arch. für Gynækol.*, 1871.

(4) Eberth, Die fœtale Rachitis und die Beziehungen zu dem Kretenismus. *Correspondenzblat für Kinderheilkunde*, 1879, p. 465. Leipsig.

(5) Neumann, *Centralblati für Gynæk.*, 1882, p. 281.

(6) Smith, *Arch. für Kinderheilkunde und phys. Erziehung*, 1880.

(7) Wyss, *Correspondenzblatt für Schweizer-Aertze*, 1881, n° 1.

(8) Kassowitz, *Die normale Ossification und die Erkrankungen des Knochensystems bei Rachitis und hereditærer syphilis.* Wien, 1882.

(9) Hofmeister, Des conséquences de la thyroïdectomie. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1894.

tisme vrai et de prouver que le rachitisme intra-utérin n'existait pas. Plus tard, en 1877, Depaul (1) publiait, dans les *Archives de tocologie*, un travail basé sur une quarantaine d'observations. Parrot (2), enfin, donna une description complète de la maladie; pour lui, cette lésion affecte spécialement le cartilage et non le système osseux : aussi il la désigne sous le nom d'*achondroplasie* (ἀ, privatif ; χονδρος, cartilage ; πλάσσειν, former), qui indique que la cause réside dans une lésion du cartilage.

Cette opinion ne fut pas acceptée par tous les auteurs : elle fut combattue par Bouvier, Broca, Verneuil, Houel, qui soutenaient l'existence du rachitisme intra-utérin.

Entre ces deux écoles, l'une admettant le rachitisme fœtal, l'autre rejetant l'existence du rachitisme intra-utérin, il y eut une troisième école éclectique, qui, avec Kassowitz (3), admettait que l'achondroplasie ou affection cartilagineuse ne serait que la première période du rachitisme intra-utérin. Enfin, Winckler (4), reprenant l'étude du squelette pendant la vie intra-utérine, décrivait, en 1871, deux types histologiques de rachitisme fœtal : l'un, *rachitisme fœtal ordinaire*, non éteint à la naissance, qui évolue dans la suite, avec des os mous, fracturés, avec des localisations variées de ses lésions sur tous les os longs et courts ; l'autre, rachitisme fœtal spécial qu'il avait appelé *rachitis micromelica*, éteint à la naissance, avec des os durs, compacts, avec des localisations symétriques sur les épiphyses des os longs et dont la description clinique fut donnée en 1876 par Parrot (5), qui créa le mot d'achondroplasie.

Il semble actuellement, à la suite des derniers travaux de

---

(1) Depaul, *Archives de tocologie*, 1877 et 1878.

(2) Parrot, Syphilis héréditaire et rachitisme. *Archives de physiologie*, 1876.

(3) Kassowitz, *loc. cit.*

(4) Winkler, *loc. cit.*

(5) Parrot, *loc. cit.*

Charpentier (1), Porak (2), Baldwyn (3), Zigler's (4), Kaufmann (5), Lugeol (6), Thompson (7), Bœckh (8), Maygrier (9), et plus récemment de Joachimsthal (10), Pierre Marie (11), Spillmann (12), Herngott (13), Regnault (14), Cestan (15), portant sur l'étude clinique et surtout anatomique des lésions du squelette pendant la vie intra-utérine, que ce que les anciens auteurs avec Zanitus Lusinatus (16), Glisson (17), Klein (18), et plus tard J. Guérin (19), Legarde (20), Scharlau (21), Schwartz (22), Trousseau et Peter (23), Carton (24), Margarucci (25), avaient observé et décrit sous le nom de rachitisme intra-utérin, doit

(1) CHARPENTIER, *Nouv. Arch. d'obst.*, 1890, p. 25.

(2) PORAK, Fœtus achondroplase. *Nouv. Arch. d'obst. et gynéc.*, 1890, p. 21.

(3) BALDWYN, *Med. News*, 1890, p. 138.

(4) ZIGLER'S, Nouveau-né achondroplase. *Handbuch Pathol. u. Anat.*, t. II.

(5) KAUFFMANN, Chondrodystrophia hypertrophica. *Zigler's Handb. Path. u. Anat.*, t. II, p. 170.

(6) LUGEOL, De l'Achondroplasie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892, p. 461.

(7) THOMPSON, *Edinburgh. med. Journ.*, juin 1892.

(8) BŒCKH, *Arch. f. Gynæk.* 1893, p. 263.

(9) MAYGRIER, *Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris*, 13 juillet 1898.

(10) JOACKIMSTHAL, *Deuts. med. Wochenschrift*, 1899, p. 288.

(11) PIERRE MARIE, *Presse méd.*, 14 juillet 1900.

(12) SPILLMANN, *le Rachitisme*. Thèse de Nancy, 1900.

(13) HERNGOTT, Un cas d'achondroplasie. *Comptes rendus de la Soc. d'obst., de gyn. et de pædiatrie*, 1900. Séance du 2 février. Tome II, p. 38.

(14) REGNAULT, *Bull. Soc. anatomique*, 1901, mars, octobre.

(15) CESTAN, A propos d'un cas d'achondroplasie. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1901, n° 4.

(16) ZANITUS LUSINATUS, *Praxis admiranda*, lib. III, 1637.

(17) GLISSON, *De Rachitide*. London, 1650.

(18) KLEIN, *Diss. sisteins casum rachitidis congenital.* Argent., 1865.

(19) J. GUÉRIN, *Difformités du syst. osseux*, 1836.

(20) LEGARDE, *Rachit. intra-utérin*. Th. Paris, 1856.

(21) SCHARLAU, Congenit. Rachitis. *Monatsch f. Geburtskunde*, 1876.

(22) SCHWARTZ, Rachitisme des nouveau-nés. *Wiener med. Jahrb.*, 1887.

(23) TROUSSEAU, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 505.

(24) CARTON, *Du rachitisme intra-utérin*. Th. Paris, 1893.

(25) MARGARUCCI, *Semaine méd.*, 1895, p. 486.

être séparé en deux groupes : 1°) d'un côté, le rachitisme intra-utérin proprement dit, affection fort rare, dystrophie constitutionnelle, caractérisée par des lésions du squelette osseux et surtout par des courbures et des nouures des os ; 2°) de l'autre côté, l'achondroplasie, affection distincte, qui doit être différenciée de la précédente et portant spécialement sur le cartilage des os. Apert (1), reprenant cette question tout récemment, rejette complètement le rachitisme congénital et conclut qu'actuellement l'on doit comprendre le rachitisme comme une maladie acquise débutant après la naissance, comme une ossification vicieuse relevant d'un trouble de nutrition sous l'influence d'intoxications ou d'auto-intoxications, tandis que l'achondroplasie est une affection toujours congénitale, la malformation étant constituée à la naissance; le développement ultérieur de l'organisme ne modifie rien à la direction déterminée de la vie intra-utérine. L'enfant né achondroplase le restera toujours, « l'évolution du squelette achondroplase est fœtale, tandis que le rachitisme guérit quand les malformations ne sont pas accentuées. On naît et on reste achondroplase; on devient rachitique et on peut cesser de l'être » (Apert).

Il résulte de cet aperçu historique que, confondue pendant longtemps avec les autres lésions du squelette, observées soit pendant la vie intra-utérine, soit dans l'adolescence ou l'âge adulte, l'*achondroplasie* est aujourd'hui suffisamment étudiée pour qu'elle puisse être facilement reconnue. On doit la considérer actuellement comme une affection congénitale, caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une altération spéciale du cartilage primordial des os et au point de vue clinique par la déformation, le ramollissement et la diminution considérable de la longueur des os qui procèdent d'un cartilage. Elle doit donc être complètement distinguée du rachitisme congénital à considérer comme une rareté clinique.

---

(1) Apert, Quelques remarques sur l'achondroplasie. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1901, n° 4.

Ce qui domine dans cette affection, c'est la diminution considérable de la longueur des os longs des membres, les proportions du tronc et de la tête, constitués par des os plats ou courts, restant à peu près normales. Charcot et Richer (1), dans leur ouvrage sur les difformes et les malades dans l'art, soulignent ce fait que, malgré le rapprochement des proportions qu'il y a entre l'enfant normal et l'achondroplase, la brièveté relative des membres que l'on observe chez le nouveau-né, comparé à l'adulte, est encore plus accentuée chez le nouveau-né atteint d'achondroplasie.

Avec mon excellent maître, le docteur Champetier de Ribes, nous avons eu l'occasion d'assister à la naissance d'un fœtus achondroplase, dont certains faits, très intéressants au point de vue obstétrical et médico-légal, ont été l'objet d'une communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie (2).

Je reproduis ici, en entier, l'observation de ce cas, dont la simple lecture, permettra de faire le diagnostic de l'achondroplasie chez le fœtus.

La nommée F..., âgée de vingt-neuf ans, crocheteuse, est entrée à la maternité de l'Hôtel-Dieu, le 19 janvier 1902, à 7 heures du matin, ayant des douleurs depuis 5 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de cinquante-deux ans, est bien portant. Sa mère, âgée de cinquante-cinq ans, a eu vers l'âge de douze ans une affection articulaire de la jambe droite; depuis cette époque, le membre s'est arrêté dans son évolution, et la jambe est restée plus courte de quatre travers de doigt.

Collatéraux. — La femme a une sœur âgée de vingt-cinq ans, parfaitement bien constituée. Au point de vue obstétrical, elle a eu deux accouchements, à sept mois, enfants mort-nés.

---

(1) Charcot et Richer, *les Difformes et les Malades dans l'art*, p. 12

(2) Champetier de Ribes et C. Daniel, Un cas d'éclatement de la voûte cranienne chez un fœtus achondroplase, au moment de l'accouchement. *Comptes rendus de la Société d'obst., de gyn. et de pæd. de Paris* (séance du 21 juillet 1902).

Le mari nie avoir eu la syphilis; interrogé au point de vue héréditaire, il prétend que ses ascendants ne présentaient aucun stigmate de dégénérescence, mais que son père avait été jumeau avec une sœur. Les collatéraux du mari ne présentent pas de tare familiale.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie générale sérieuse : rougeole dans l'enfance, douleurs rhumatismales à treize ans ; on ne trouve pas de traces de syphilis. Elle nie toute intoxication alcoolique.

La nommée F... a marché à un an. Elle a toujours bien marché. Réglée à quinze ans, régulièrement, mariée depuis sept ans, elle dit n'avoir présenté aucun trouble génital.

Grossesse actuelle. — Ipare. Les dernières règles datent du 25 au 30 mai. L'âge de la grossesse au moment de l'accouchement = 228 jours, en comptant du début des dernières règles.

Pendant sa grossesse, elle n'a rien présenté de pathologique, sauf quelques épistaxis dans les premiers mois.

Cette femme, robuste, de haute stature, n'a eu pendant sa grossesse ni fièvre, ni autre accident.

Elle a senti remuer à cinq mois ; mais elle a remarqué que le fœtus n'a jamais été très mobile, surtout dans les derniers temps.

Le travail s'est déclaré le 19 janvier à 5 heures du matin. Cette femme entre à la salle de travail à 7 heures du matin. A son arrivée, on trouve une présentation du siège engagé en SIGA, les bruits du cœur fœtal étant bons ; la dilatation du col a la dimension d'une pièce de 5 francs, et la rupture des membranes a eu lieu vingt-trois heures avant le début du travail. La malade dit qu'elle avait un ventre énorme (et cependant elle n'était enceinte que de sept mois et demi) et qu'au moment de la rupture des membranes elle aurait perdu une grande quantité de liquide, évaluée à 5-6 litres (?).

Ce développement du ventre avait déjà attiré l'attention d'une sage-femme qui, l'ayant examinée au cinquième mois de sa grossesse, avait pensé à une grossesse beaucoup plus avancée. La durée totale du travail a été de deux heures quarante-cinq minutes.

L'expulsion du fœtus a lieu à 7 heures 45. Le dégagement se fait en ST. La durée de la période d'expulsion est de quinze minutes.

La sortie du tronc s'est faite spontanément, sans aucune difficulté.

Lorsque la sage-femme de garde se préparait à extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau, et sans avoir exercé aucune traction violente, il se produisit un éclatement brusque de la voûte du crâne, suivi de projection des deux hémisphères cérébraux sur le lit de la malade. Le fœtus qui, à l'arrivée de la malade, avait les bruits du cœur bons, a fait quelques mouvements au moment du dégagement de la tête.

Délivrance naturelle cinq minutes après l'expulsion.

Examen des annexes. — Le placenta, de forme circulaire, pesant 480 grammes, s'est présenté par la face utérine ; mou, juteux, exsudant beaucoup de sérosité, à gros cotylédons, à sillons profonds, il rappelle le placenta syphilitique.

Les membranes sont incomplètes et friables. Le cordon grêle, à insertion excentrique, mesurant 27 centimètres cubes, fragile, s'est rompu à 11 centimètres de l'ombilic.

Observation anatomique. — Enfant, de sexe féminin, pesant 1.250 grammes. Dès le premier aspect, on est frappé par la brièveté des membres inférieurs et supérieurs, la micromélie, qui contraste singulièrement avec l'apparence à peu près normale du tronc. Voici les résultats et les mensurations fournies par l'examen physique :

Taille. — Longueur totale du corps, depuis l'occiput jusqu'aux talons = 32 cm. 8.

Distance de l'ombilic aux talons = 13 cm. 8.

Distance de l'occiput à l'ombilic = 19 centimètres.

Membre supérieur. — Longueur totale, de la coracoïde à l'extrémité du médius = 11 cm. 1.

Longueur du bras, de la coracoïde au coude, l'avant-bras fléchi = 4 centimètres.

Longueur de l'avant-bras, du coude au poignet, la main fléchie = 4 centimètres.

Longueur de la main, du poignet à l'extrémité du médius = 3 cm. 1.

Membre inférieur. — Longueur totale, du grand trochanter aux talons = 9 cm. 7.

Longueur de la cuisse, du grand trochanter au genou, la jambe fléchie = 4 cm. 7.

Longueur de la jambe, du genou aux talons = 4 cm. 4

Longueur du pied, du talon à l'extrémité du gros orteil = 5 centimètres.

Le *crâne* n'a pas été examiné complètement, à cause de l'éclatement de la voûte lors de l'extraction. La tête présente une énorme déchirure, en forme de fer à cheval à concavité antérieure, dont les deux extrémités finissent au niveau d'une verticale passant par le tragus, à deux travers de doigt au-dessus de l'oreille, et



FIG. 1. — Large déchirure de la voûte cranienne produite au moment de l'extraction de la tête.

dont la partie moyenne est à 2 centimètres au-dessus du sillon du cou (Voir fig. 1).

Le volume de la tête ne nous paraît pas exagéré ; après suture de la plaie, nous n'avons pu introduire dans la cavité cranienne que 250 centimètres cubes d'eau ; il n'y avait donc pas d'hydrocéphalie.

A l'examen extérieur, on observe un arrêt d'ossification des os de la voûte, qui, dans leur ensemble, forment une calotte mince, fragile, donnant la sensation de parchemin.

Lorsqu'on examine l'ossification de la calotte cranienne par sa surface interne, on voit que le frontal présente de chaque côté de la ligne médiane un point d'ossification primitif, apparaissant sous la forme d'une mince écaille de tissu osseux, ayant chacune les

dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les pariétaux sont ossifiés à leur partie centrale, dans le point où sera plus tard la bosse pariétale correspondante ; on observe à ce niveau une lamelle de tissu osseux très fragile, ayant à gauche les dimensions d'une pièce de 2 francs et à droite celles d'une pièce de 1 franc.

L'occipital offre deux régions ossifiées : l'une postéro-supérieure, où l'on voit deux points d'ossification assez épais, qui formeront plus tard l'écaille occipitale ; l'autre antérieure, sur le pourtour du trou occipital, où l'on voit deux points condyliens répondant aux régions du même nom.

Le temporal, peu ossifié dans la partie écailleuse, où l'on n'observe presque pas de points osseux, est, par contre, complètement ossifié au niveau du rocher.

Entre ces diverses lamelles osseuses il existe des espaces membraneux d'une largeur inusitée, empêchant de distinguer les sutures et les fontanelles. En regardant à la loupe, nous avons pu distinguer de nombreux os vormiens, de très petites dimensions, siégeant au niveau des espaces membraneux.

La base du crâne, formée par la portion orbitaire du frontal, le sphénoïde, l'apophyse basilaire de l'occipital, le temporal, nous paraît incomplètement ossifiée, malgré l'existence de points osseux plus résistants et plus ossifiés qu'à la voûte.

Parties molles. — La peau est souple, fragile ; les téguments et les plans mous sous-jacents sont d'une friabilité extrême, et des tractions, même insignifiantes, peuvent déterminer des déchirures assez étendues. Cet état, ajouté à l'ossification peu avancée des os du crâne, peut expliquer jusqu'à un certain point l'éclatement de la voûte qui s'est produit au moment de l'extraction de la tête.

Le cerveau est normal, du poids de 200 grammes, sans présenter aucun des caractères du cerveau hydrocéphalique.

L'*étude histologique* de la voûte du crâne (1) a été faite par M. Lefas, interne des hôpitaux, qui a eu l'obligeance de nous remettre le résultat de son examen :

« En allant de la superficie vers la profondeur, on trouve :

« *a*) Une première zone, composée d'un épithélium pavimenteux stratifié avec couche cornée, très peu épais, au-dessous duquel est

(1) Fixation au formol, puis à l'alcool ; coupes faites sans décalcification.

un derme formé de tissu conjonctif adulte renfermant de très nombreuses sections de poils ou de follicules pileux, ainsi que des glandes sébacées en nombre modéré. Cette zone représente le cuir chevelu ;

« *b*) Une seconde zone, d'épaisseur égale à la précédente et formée de tissu adipeux aréolaire ;

« *c*) Une troisième zone ayant, suivant les points, une épaisseur double ou triple des deux autres.

« Cette zone est constituée par du tissu conjonctif adulte, fibreux, dont les noyaux allongés sont disposés horizontalement et donnent à l'ensemble un aspect lamelleux. On y rencontre de petites artérioles et des capillaires entourés d'un manchon de cellules rondes lymphoïdes. On y voit aussi des zones congestives constituées par des amas de globules rouges avec rares globules blancs ; au centre de quelques-unes de ces zones est un tissu aréolaire avec cellules lymphatiques formant un îlot semblable, comme constitution, à celles de la moelle osseuse.

« Au centre de cette troisième zone sont des lamelles osseuses peu épaisses et isolées les unes des autres, avec calcification et ostéoplastes, entourées d'un certain nombre d'ostéoplastes isolés ; ces lamelles sont situées en plein tissu fibreux.

« Dans certains points, au centre de ces lamelles ossifiées, persiste un petit bourgeon médullaire analogue à ceux décrits un peu plus haut. »

En somme, de par les mensurations précédentes, il résulte que ce qui domine chez ce fœtus, c'est la brièveté manifeste des membres par rapport au tronc. Et quoiqu'il y ait, chez le fœtus et chez le nouveau-né, une disproportion manifeste des différentes parties du corps, la tête trop grosse et les membres trop courts, on peut, en comparant les dimensions de notre fœtus avec celles d'un fœtus normal de même âge arriver facilement au diagnostic d'achondroplasie.

Il est donc nécessaire d'établir dans un tableau comparatif les proportions des différentes parties du corps d'un fœtus normal de 7 mois et demi, et du fœtus achondroplase du même âge. Nous empruntons à la thèse de Faucon (1), faite à la maternité de l'Hôtel-Dieu, les différentes mensurations répondant au fœtus normal.

(1) FAUCON, *Pesées et mensurations fœtales à différents âges de la grossesse*. Thèse de Paris, 1897.

	FŒTUS NORMAL de 7 mois 1/2		FŒTUS ACHONDROPLASE de 7 mois 1/2	
Longueur totale du corps . . .	32 cm. 1		32 cm. »	
Distance de l'ombilic aux talons .	14	5	13	8
Distance de l'occiput à l'ombilic .	17	6	18	2
Longueur totale du membre supérieur	13	9	11	1
Bras.	5	5	4	»
Avant-bras	4	6	4	»
Main.	3	8	3	1
Longueur totale du membre inférieur	17	5	9	7
Cuisse	6	2	4	7
Jambe	6	8	4	4
Pied.	4	5	5	»

A la simple inspection de ce tableau, on voit facilement que, tandis que chez le fœtus normal de 7 mois et demi, la distance moyenne de l'occiput à l'ombilic n'est que de 17 cm. 6, chez le fœtus achondroplase du même âge cette distance atteint 18 cm. 2 ; d'autre part, la mensuration de la moitié inférieure du corps prouve que la distance de l'ombilic aux talons chez l'achondroplase est inférieure à celle du fœtus normal.

Cette disproportion est encore plus manifeste lorsqu'on fait la mensuration des membres : les membres supérieurs chez le fœtus achondroplase ne mesurent que 11 centimètres, tandis que chez le fœtus normal on constate 13 cm. 9 ; cette brièveté est surtout rhizomélique, car le bras du premier mesure 4 centimètres seulement, et celui du second 5 cm. 5. Pour l'avant-bras, au contraire, les différences sont moins marquées : l'avant-bras du fœtus normal mesure 4 cm. 6 et celui de notre fœtus 4 centimètres ; enfin, pour la main, la disproportion est moins accentuée.

Aux membres inférieurs, l'on observe le maximum de lésions : la longueur totale du membre abdominal du fœtus normal mesure 17 cm. 5, et chez le fœtus achondroplase 9 cm. 7 ; ici, le raccourcissement domine aussi bien sur la cuisse que sur la jambe, car à une cuisse de 6 cm. 2 et à une jambe de 6 cm. 8 du fœtus normal correspondent une cuisse de 4 cm. 7 et une jambe de 4 cm. 4 de notre fœtus.

Aux résultats obtenus par la mensuration, nous devons ajouter ceux liés à l'inspection et à l'exploration manuelle du cadavre.

En comparant les épreuves photographiques du fœtus achondroplase de 7 mois et demi et d'un autre fœtus du même âge, on est frappé du volume relativement exagéré de la tête, de l'obésité et



Fig. 2. — Fœtus normal de 7 mois 1/2.



Fig. 3. — Fœtus achondroplase de 7 mois 1/2.

surtout de la hauteur du buste par rapport à la faible longueur des membres inférieurs et supérieurs (Voir fig. 2 et 3). Notre fœtus achondroplase est un nain au point de vue de sa taille et un micromèle au point de vue de la longueur des membres. On voit en outre que : les membres supérieurs présentent un raccourcissement considérable, l'extrémité des doigts atteignant à peine l'ombilic chez le fœtus achondroplase, tandis qu'elle atteint le grand trochanter chez le fœtus normal du même âge. Les membres infé-

rieurs présentent le maximum de déformations et d'altérations : ils sont de moitié moins longs que ceux du fœtus normal ; les cuisses, courtes et déformées, sont incurvées en dedans et en arrière ; les jambes, de longueur à peu près égale aux cuisses, sont elles aussi déformées ; mais ici les lésions atteignent leur maximum, les jambes étant coudées à leur partie moyenne presque à angle droit. Ces membres inférieurs sont comme tassés sur eux-mêmes, et décrivent dans leur ensemble une parenthèse. Les pieds paraissent normaux.

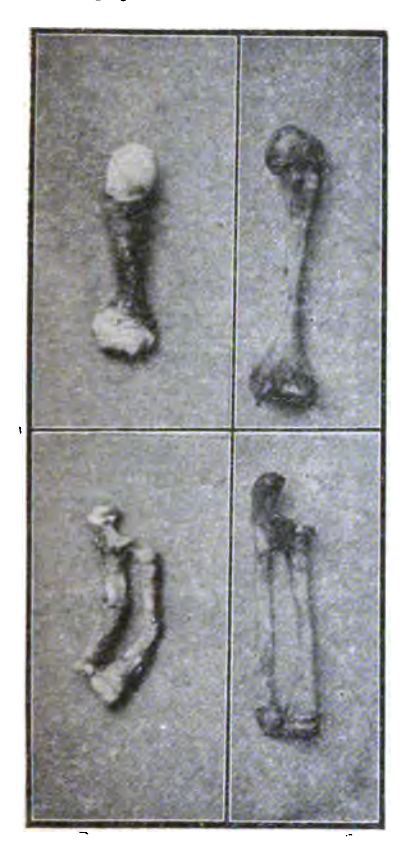
Il y a en somme *nanisme fœtal par micromélie surtout rhizomélique*, c'est-à-dire portant principalement sur la racine des membres et s'atténuant au contraire vers l'extrémité distale.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE. — L'examen radiographique a été fait par M. Haret, qui a bien voulu mettre les épreuves à notre disposition ; nous tenons à l'en remercier. L'étude du squelette permet de constater des déformations typiques et caractéristiques. Sur les deux radiographies ci-jointes (fig. 4, 5), on peut étudier comparativement le squelette du fœtus normal de 7 mois et demi et de notre fœtus achondroplase. D'une façon générale, les os longs (humérus, fémur, tibia) frappent par leur aspect massif : ils sont courts, épais ; leurs extrémités articulaires sont épaisses et élargies. Cela tient à ce que le développement de l'os en épaisseur n'a presque pas été troublé, tandis que le développement en longueur a été profondément atteint.

L'humérus est épais et recourbé vers le bord radial du membre ; au niveau de son milieu, on observe sur la radiographie un trait pâle transversal, qui interrompt la continuité de l'os ; cette altération existe des deux côtés et elle est limitée par les deux moitiés de la diaphyse, qui sont épaissies à ce niveau. Nous croyons que ces altérations ne sont point mécaniques, mais qu'il y a là de véritables fractures intra-utérines. Les os de l'avant-bras sont épaissis et irréguliers ; ils présentent des épaississements symétriques vers le milieu de la diaphyse. Le squelette de la main paraît normal. Le fémur est profondément atteint : il forme un gros cylindre court, incurvé en dedans. Le tibia, épais, volumineux aux extrémités, est coudé en son milieu, formant un angle très obtus. Le péroné est irrégulier et peu visible sur l'épreuve radiographique. Le squelette du pied ne présente aucune altération sensible.

L'exploration manuelle des membres vient confirmer les rensei-

gnements fournis par l'examen des épreuves photographiques; les os longs, irréguliers, ramollis, incurvés, épaissis au niveau de la diaphyse, sont difficiles à délimiter à leurs extrémités.



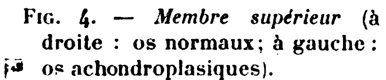


Fig. 4. — *Membre supérieur* (à droite : os normaux; à gauche : os achondroplasiques).

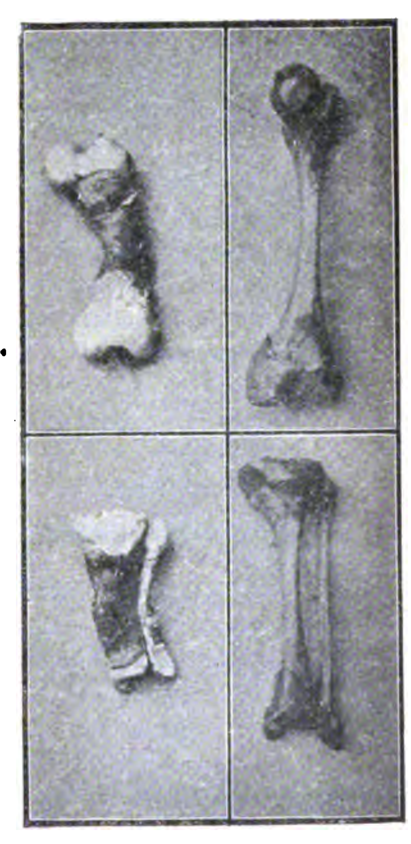


Fig. 5. — *Membre inférieur* (à droite : os normaux ; à gauche : os achondroplasiques).

Enfin, pour mettre plus en évidence l'existence des altérations des os longs, nous avons séparé par la *dissection* et photographié le squelette des membres supérieurs et inférieurs du fœtus normal et du fœtus achondroplase ; nous donnons ces photographies dans les figures 4 et 5.

En résumé, nous nous trouvons, ainsi que le prouvent l'examen clinique et anatomique, confirmé par la radiographie, en présence d'une déformation du squelette fœtal portant surtout sur les os longs. Pour arriver à un diagnostic précis, nous devons tout d'abord chercher les affections capables de retentir sur le squelette pendant la vie intra-utérine ; or, il en est trois que l'on peut dès maintenant séparer : *l'achondroplasie, le rachitisme intra-utérin, la syphilis osseuse.*

1° De par l'étude de notre observation on peut facilement arriver au diagnostic de l'*achondroplasie.* Cette maladie du cartilage primordial survient dans les premiers mois de la grossesse, du 3ᵉ au 6ᵉ mois de la vie fœtale, et elle parcourt en général son évolution dans la première moitié de la grossesse. On admet, qu'à partir du 3ᵉ mois de la vie intra-utérine, la formation osseuse subit une poussée qui se ralentit ensuite jusqu'au 7ᵉ mois, pour recommencer à ce moment jusqu'à la naissance et continuer dans les premiers mois après celle-ci. Or, l'achondroplasie est liée à la première poussée d'ostéogenèse, tandis que le rachitisme et la syphilis relèvent de la deuxième.

L'achondroplasie se caractérise par des déformations du squelette fœtal ; elles consistent en la symétrie des lésions, la diminution considérable de longueur et la déformation des os longs des membres. Ces os sont raccourcis, durs, épais, compacts et presque toujours incurvés dans le même sens.

L'affection est limitée aux membres ; exceptionnellement, on voit des altérations *du crâne* (comme dans le cas que nous avons observé), ou des déviations de la colonne vertébrale. Le tronc normal et le volume plutôt exagéré de la tête tranchent d'une façon frappante avec la brièveté des membres inférieurs et supérieurs.

Les membres paraissent comme deux appendices obèses attachés au tronc : ils sont courts, épais, déformés. Enfin on note de la surcharge graisseuse dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau prend un développement exagéré et fait des plis en divers endroits.

Il y a donc une perturbation manifeste des proportions du corps, due surtout à la *micromélie*, les membres étant trop courts par rapport à la longueur du tronc. En comparant les photographies, que nous avons fait reproduire plus haut, du fœtus achondroplase et d'un fœtus normal du même âge, on peut voir très nettement cette différence et arriver à première vue au diagnostic d'achondroplasie. Ce diagnostic peut enfin être confirmé par l'examen radiographique : sur les deux radiographies reproduites dans notre observation, on peut étudier comparativement le squelette des deux fœtus. Sur le fœtus achondroplase, les os frappent par leur aspect massif : ils sont courts, épais, déformés.

En cherchant dans les commémoratifs, on ne trouve pas les causes habituelles du rachitisme : les mères sont bien portantes en général.

2° Dans le *rachitisme fœtal*, tel qu'il a été décrit par les anciens et dont on trouve une bonne description de Peter, au sujet d'un cas observé à l'hospice des Enfants-Assistés (1), les lésions se développent dans la seconde moitié de la grossesse. Il en résulte que, contrairement à l'achondroplasie, où les lésions sont guéries à la naissance, lorsque l'enfant naît, soit à terme, soit avant terme, la maladie est encore en pleine activité. Dans le rachitisme congénital, les lésions sont circonscrites et habituellement isolées. Rarement les courbures des os sont symétriques. Le siège d'élection des lésions ne se trouve pas nécessairement sur les os longs des membres : elles peuvent affecter tout le squelette osseux. On constate des déformations de la cage thoracique et du bassin, des incurvations costales et vertébrales, le chapelet costal, l'évasement des fausses côtes et enfin des déformations craniennes. Ici on observe bien une diminution de longueur des membres, mais ce n'est pas du fait d'un manque de développement en longueur des os longs, comme dans l'achondroplasie, c'est parce que ceux-ci s'incurvent, se ramollissent, se nouent. « Les

(1) TROUSSEAU, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 505.

rachitiques peuvent être microméliques comme les achondroplases, mais chez eux la brièveté des membres est acquise par des déformations de leur axe osseux, et non pas simplement due à la réduction de la longueur de cet axe. » (Apert.) On note, à côté des déviations des membres, des nouures, des fractures intra-utérines. Ces dernières ont été l'objet de nombreux travaux résumés dans la thèse de Vilcoq (1); on invoque comme cause fréquente des fractures chez le fœtus la mollesse particulière du tissu osseux préalablement malade, se fracturant sous l'influence des contractions musculaires du fœtus, des contractions de l'utérus, de traumatismes légers passés inaperçus. Enfin, dans cette affection, on trouve dans les antécédents les conditions habituelles qui expliquent le rachitisme chez le fœtus : le rachitisme des parents (Notta, Bouvier), syphilis, grossesse gemellaire (Klein), une anomalie du placenta ou du cordon.

3° Dans la *syphilis osseuse fœtale*, on observe du côté du squelette des décollements épiphysaires, des exostoses, des ostéophytes, lésions osseuses caractéristiques, qui ont été signalées par Valleix (1834) et étudiées pour la première fois par Ranvier (1865), puis par Wegner (1869), Waldeyer (1870), Parrot (1870), Poncet (1874), Lannelongue (1881), Dubar (1883), etc., enfin l'absence de micromélie surtout rhizomélique, qui appartient en propre à l'achondroplasie.

Ces altérations sont associées en général à des syphilides cutanées et à des lésions spécifiques des organes (testicule, foie).

4° Reste enfin le diagnostic de l'achondroplasie avec les autres *déformations congénitales du squelette* : *a*, l'arrêt de développement congénital simple des os ; mais ce trouble atteint moins la racine des membres que leur partie moyenne et enfin les os ne sont ni épaissis, ni déformés ; *b*, dans le nanisme fœtal proprement dit, tout le squelette est atrophié en longueur et en épaisseur; il y a une proportion très nette dans la petitesse relative des membres et du corps ; *c*, quant

(1) Vilcoq, *Fractures intra-utérines*. Thèse de Paris, 1888.

aux autres cas de malformation fœtale, par arrêt de développement de l'amnios (1 à 3), par oligamnios (4), par contractures congénitales (5 et 6), on les reconnaîtra par la cause qui leur a donné naissance.

Parmi les **complications** qu'on peut décrire chez le fœtus achondroplase pendant la vie intra-utérine, on doit signaler l'*hydrocéphalie* qui accompagne assez souvent cette affection ; viennent ensuite les *fractures intra-utérines* des os longs des membres, semblables à celles qu'on a observées chez les syphilitiques ou les rachitiques (7), et liées à une fragilité particulière du tissu osseux. Chez le fœtus que nous avons observé, il y avait des fractures symétriques au niveau de l'humérus, constatées par la radiographie et confirmées par la dissection, qui nous a montré au niveau de la fracture un épaississement local des extrémités avec un commencement de cal. Il reste enfin à parler des accidents les plus importants survenant au moment de l'accouchement : les complications craniennes et particulièrement les fractures et les plaies du crâne. Pour les *fractures des os du crâne*, à la lecture des observations publiées, il est difficile de dire s'il s'agissait de rachitiques ou d'achondroplases (8 à 10). Quant à ce grave

---

(1) MASBRENIER, Malformations produites par un amnios insuffisant. *Soc. d'obstétrique*, 1898, 12 mai.

(2) DELPEUT, *Malformations par arrêt de développ. de l'amnios.*

(3) APERT, *Soc. anatomique*, 1895, p. 767.

(4) MACÉ, Un cas d'oligamnios. *Soc. d'obst. de Paris*, 1901, 21 février.

(5) SCHIFFER, Contractures congénitales par insuffisance du liquide amniotique. *Soc. de neurologie de Berlin*, 1901, 14 janvier.

(6) HOFFA, Un cas de contractures congénitales. *Soc. méd. de Wurzbourg*, 1898, 20 janvier.

(7) VILCOQ, *loc. cit.*

(8) DANYAU, Des Fractures des os du crâne du fœtus qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés. *Bull. Soc. de chir.*, 1857, p. 263.

(9) JAYET, *Des Fractures des os du crâne chez les enfants nouveau-nés.* Th. de Paris, 1858.

(10) FILIPPI, Considerazioni di pratica medico forense su di un caso di frattura spontana intra-uterina del cranio di un feto. *Imparziale. Firenze*, 1879, p. 339.

accident *d'éclatement de la voûte du crâne* au moment de l'extraction de la tête, nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale. Une mention semblable n'est faite qu'à propos du rachitisme intra-utérin dans l'article de Mauclaire (1), où nous rencontrons les lignes suivantes : « les lésions portent sur la boîte cranienne surtout ; à la naissance, le rachitisme du crâne favorise peut-être les fractures de celui-ci pendant les manœuvres de l'accouchement. » Cette complication, liée à la mollesse des os du crâne et surtout à la fragilité exagérée des parties molles, qui facilitent en quelque sorte l'accouchement, peut être funeste au fœtus et exposer au point de vue médico-légal aux surprises les plus inattendues au moment de l'accouchement.

De l'étude clinique de l'achondroplasie chez le fœtus et de la connaissance des différentes complications, on peut prévoir le **pronostic** sérieux de cette affection. Tantôt la maladie est peu accusée et est alors compatible avec la vie extra-utérine ; tantôt elle peut prédisposer pendant la vie intra-utérine aux présentations vicieuses, à la procidence du cordon, à l'hydrocéphalie, à l'hydramnios, à des fractures ou des lésions beaucoup plus graves, comme dans notre cas, et funestes pour le fœtus.

L'**Histologie** de l'achondroplasie chez le fœtus a été surtout étudiée par Winkler (1871) (2), Eberth (1879) (3), Kassowitz (1882) (4) et plus récemment par Porak et Durante (1894) (5), Margarucci (1895) (6), Spillmann (1900) (7), Durante (1900) (8).

Comme son nom l'indique, l'achondroplasie est causée par une lésion du cartilage. Il en résulte que les os non précédés d'une ébauche cartilagineuse, tels que les os de la voûte du

(1) Le Dentu et Delbet, *Tr. de chirurgie*, t. II.
(2) Winkler, *loc. cit.*
(3) Eberth, *loc. cit.*
(4) Kassowitz, *loc. cit.*
(5) Porak et Durante, *Soc. de méd. et de chir. pratiques*, 1894, 14 juin
(6) Margarucci, Du rachitisme fœtal. *Sem. méd.*, 1895, p. 486.
(7) Spillmann (de Nancy), *Soc. d'obst., gyn., péd.*, 1900, 2 février.
(8) Durante, *Bull. Soc. anat.*, 1900, p. 785.

crâne, la clavicule, seront épargnés, tandis que les os à ébauche cartilagineuse seront seuls atteints. Dans ces os même, la maladie limite son action à une certaine partie de l'os. On sait en effet, que les os longs présentent deux systèmes d'ossification : ils s'accroissent en épaisseur par l'*ossification périostée* et en longueur par l'*ossification enchondrale* du cartilage de conjugaison. L'ossification de ces os par le périoste se fait normalement ; seule, l'ossification cartilagineuse est modifiée dans l'achondroplasie. Les os longs auront donc dans l'achondroplasie une épaisseur normale, tandis que leur longueur sera très réduite.

La cause directe de la déformation achondroplasique était, d'après Parrot, l'insuffisance du processus formateur de l'os, aux dépens du cartilage de conjugaison. D'après cet auteur, le cartilage fœtal est à peu près complètement dépourvu de sa propriété ostéogénique : il ne prend qu'une part très minime au développement de l'os ; on expliquerait ainsi la localisation de la maladie sur les os longs seuls : « les os longs restent de ce fait très courts, mais ils ont leur épaisseur normale, car le périoste est sain et a conservé ses fonctions ».

D'après ce que je viens de dire, l'on voit que dans l'achondroplasie, lésion éminemment cartilagineuse, on ne décrit point d'altération des os à ébauche membraneuse. L'altération des os de la base est mise en doute par les auteurs ; quant aux altérations de la voûte du crâne, elles n'ont pas été signalées jusqu'ici : or, dans notre cas, à part l'aspect typique du fœtus achondroplase, on trouve en outre, comme nous l'avons vu plus haut, des altérations macroscopiques de la voûte du crâne, qui cadrent bien avec l'examen histologique. C'est donc cette profonde dystrophie de la voûte cranienne, ayant rendu les tissus très fragiles, qui explique l'éclatement produit au moment de l'accouchement. Quant à son interprétation pathogénique, nous nous trouvons ici, je crois, en présence d'un cas particulier de *dysostose* profonde du squelette, ayant atteint aussi bien le système osseux à ébauche membraneuse que l'ossification d'origine cartilagineuse. De cette façon,

l'achondroplasie, dystrophie osseuse qui frappe l'ossification d'origine *cartilagineuse*, pourrait être rapprochée d'une autre affection décrite par Marie et Sainton (1), la *dysostose cléido-cranienne héréditaire*, qui frappe l'ossification d'origine *membraneuse* et dont Couvelaire (2) a fait une étude d'ensemble ; ces deux processus sont de même ordre, ils ont comme caractère commun d'être héréditaires : « ce sont deux types opposés d'un même groupe morbide, les dysostoses congénitales héréditaires. »

Le développement si actif du tissu osseux chez le fœtus et chez le nouveau-né le prédispose à des lésions nombreuses. Tandis que, à l'état normal, l'ossification du cartilage de conjugaison est régulière et en séries rectilignes, dans l'achondroplasie cette ossification est complètement bouleversée. L'étude histologique complète de cette lésion n'est pas encore définitivement établie ; d'après Spillmann (3), la lésion caractéristique de l'achondroplasie serait *l'absence presque absolue de cartilage de conjugaison*; à sa place on voit un tissu conjonctif fibrillaire très délicat, sous lequel il existe soit des amas de cellules cartilagineuses, soit des ilôts de tissu osseux très dense, soit des amas fibroïdes. Cet auteur conclut que les lésions histologiques de l'achondroplasie sont assez caractéristiques pour qu'aucune confusion ne soit possible avec le rachitisme fœtal, où l'on observe des altérations typiques (tissu spongoïde, tissu chondroïde).

Durante (4), dans ses recherches histologiques portant sur des os de nouveau-nés, fait remarquer que l'ossification du cartilage de conjugaison dans l'achondroplasie est anormale et précoce : le cartilage de conjugaison est bouleversé, les cellules cartilagineuses sont disposées sans ordre, ne formant

---

(1) MARIE et SAINTON, Dysostose cléido-cranienne héréditaire. *Soc. méd. des hôpit.*, 1897.

(2) COUVELAIRE, La dysostose cléido-cranienne héréditaire. *Jour. de physiol. et de pathol. génér.*, 1899, juillet.

(3) SPILLMANN, *loc. cit.*

(4) DURANTE, *loc. cit.*

jamais une zone sériée ; le cartilage s'ossifie par calcification de la substance fondamentale, formant ainsi des blocs de cartilage calcifié. Cet auteur fait cependant remarquer que la différence histologique entre le rachitisme et l'achondroplasie est insensible : « les lésions de l'achondroplasie se rapprochent beaucoup de celles du rachitisme, dont elles représentent une forme précoce et incomplète. »

Quoi qu'il en soit de ces descriptions histologiques différentes, qu'il y ait absence absolue du cartilage de conjugaison, comme le veut Spillmann, ou ossification anormale et précoce de ce cartilage, comme le prétend Durante, le fait important à retenir, c'est qu'il s'agit, comme l'avait remarqué Parrot, d'une lésion des cellules cartilagineuses, d'un trouble dans l'ossification du cartilage sérié, tandis que dans le rachitisme vrai, il y a une prolifération excessive de cellules du cartilage sérié et une absence d'ossification périostée.

Quelle est la **pathogénie** de cette dysostose ? De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer cette dystrophie du squelette ; et, ici, nous rencontrons, de même que pour les autres altérations des os, tantôt des théories locales, tantôt des théories générales.

Pour les uns, avec Bück (1), l'achondroplasie est une affection locale, véritable insuffisance chondroplasique, une chondro-dystrophie congénitale, liée à une altération primitive du germe cartilagineux. Pour d'autres, avec Porak et Durante (2), cette dystrophie des noyaux cartilagineux serait secondaire et consécutive à une intoxication du fœtus se produisant à un certain moment de son existence : hérédo-intoxication, si la substance toxique (alcoolisme, syphilis ou autre) semble provenir de l'organisme maternel ; auto-intoxication par insuffisance glandulaire fœtale, d'origine dysthyroïdienne par exemple.

Quant aux **causes** directes de cette dystrophie, nous man-

(1) Bück, *Belgique médical*, 1900, p. 737.

(2) Porak et Durante, *Congrès international de méd.*, 1901, section obstétr.

quons absolument de documents probants. A côté de l'hérédité, qui paraît jouer, d'après Porak et Pierre Marie, un rôle important, nous pourrions placer toutes les causes fréquentes des hérédo-dystrophies : la syphilis en première ligne, la tuberculose, l'alcoolisme, les intoxications ; enfin, ainsi que l'a montré M. le professeur Pinard (1), « le groupe de toutes les déchéances physiologiques passagères, mais contemporaines de la procréation (maladies aiguës, convalescences, etc.) qui retentissent d'une façon si profonde sur l'œuf et par conséquent sur le développement de l'embryon ».

L'influence de la syphilis, probablement maternelle, paraît être absolument manifeste dans notre cas, où nous avions constaté l'existence d'hydramnios pendant la grossesse et un placenta présentant tous les caractères du placenta syphilitique.

Conclusion. — De cette étude, nous croyons devoir conclure que l'achondroplasie chez le fœtus est actuellement suffisamment étudiée, pour qu'elle puisse être facilement reconnue et isolée des autres dysostoses pendant la vie intra-utérine : « la micromélie, surtout rhizomélique », est le signe caractéristique qui appartient en propre à cette affection.

L'observation que nous rapportons présente, outre son intérêt anatomique, en ajoutant une nouvelle observation au nombre relativement restreint d'achondroplasies chez le fœtus, un intérêt pratique obstétrical de premier ordre : nous voulons parler des complications qui peuvent survenir au moment de l'accouchement. — La mollesse toute particulière des téguments, la fragilité spéciale du squelette et, dans notre cas particulier, de la voûte du crâne, sont susceptibles d'être le point de départ d'accidents graves lors de l'extraction.

Dans notre observation, il s'agissait d'une grossesse de 7 mois et demi avec présentation du siège, et lorsqu'on se préparait à faire l'extraction de la tête, sans avoir exercé

(1) PINARD, De la Conservation et de l'Amélioration de l'espèce. *Bull. méd.*, 11 février 1889.

aucune espèce de traction violente, il se produisit un éclatement brusque de la voûte du crâne suivi de projection des hémisphères cérébraux sur le lit de la malade.

Cet accident obstétrical ne nous semble pas avoir été signalé jusqu'ici : il pourrait prendre place à côté des autres complications observées chez le fœtus au moment de l'accouchement.

Enfin l'existence de stigmates syphilitiques (hydramnios, gros placenta syphilitique), contribue à confirmer cette relation étiologique qui existe entre la syphilis et la majorité des hérédo-dystrophies.

LES FIBROMES DU LIGAMENT LARGE

(Etude anatomo-clinique)

Par **Henri Strohëker.**

I. Historique. — L'histoire des fibromes du ligament large se résume en cette simple question : « Ces tumeurs sont-elles nées sur place ou ont-elles une origine utérine? » — Kiwisch (1) (1849) n'admettait le développement primitif que pour les gros fibromes. Klob (2) (1864) croyait à des fibroïdes utérins errants. Virchow (3) (1871), ayant observé des néoplasmes éloignés de l'utérus, ne rejetait pas l'idée de primitivité. Pour Scanzoni (4) (1875), les fibroïdes de petit volume dérivent d'extravasations sanguines et les fibromes plus importants sont toujours issus des côtés de l'utérus. Le premier, Sænger (5) démontra en 1880 la possibilité de tumeurs primitives. Lang (6), dans une thèse documentée (1892), développant plus particulièrement l'histoire et la pathogénie de ces tumeurs, arrivait aux mêmes conclusions. L'année suivante, Binaud (7)

---

(1) Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts.*

(2) Klob. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, Vienne, 1864, p. 389.

(3) Virchow, *Pathologie des tumeurs* (trad. franç.), 1871, t. III, pp. 411-12.

(4) Scanzoni, *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane.* Trad. de Dor et Socin.

(5) Sænger, Ueber primäre dermoïde Geschwülste der Ligamenta lata. *Arch. f. Gynäk.*, 1880, t. XVI, p. 258.

(6) Lang (G.), *Des tumeurs solides primitives des ligaments larges et plus particulièrement de leur histoire et de leur pathogénie.* Thèse Nancy, 1892.

(7) Binaud, Fibrome pédiculé du ligament large droit. — Des fibromyomes pédiculés primitivement développés dans l'épaisseur des ligaments larges. *Bull. et Mém. Soc. gynéc., obstétr. et pædiatrie.* Bordeaux, 1893, t. II, p. 97.

publie sur ce sujet un intéressant mémoire, et Vautrin (1) (1895) consacre un article à l'extirpation de ces néoplasmes. Depuis cette époque, nous ne trouvons plus dans la littérature qu'une longue et consciencieuse étude d'A. Doran (2) sur 53 cas qu'il analyse et résume en un tableau; quelques thèses, soutenues à Strasbourg par Krekels (3), à Kiel par J. Hansen (4), deux autres de Ch. Perrot (5) et de P. Bouvier (6).

II. Anatomie pathologique (7). — Nous n'insisterons pas sur le *nombre* ou la *forme* de ces tumeurs. Leur *volume* varie lui-même, depuis le noyau gros comme un pois jusqu'au fibrome qui remplit l'abdomen et le petit bassin.

Le *poids* ne semble pas atteindre celui de certains fibromes utérins. Les fibromes intraligamentaires les plus volumineux que nous ayons relatés, pesaient 18 kilos [Buschmann-Billroth (8)], 19 kilos [Terrillon (9)], 20 kilos [A. Doran (10)], 22 kilos [Lauwers (11)].

---

(1) VAUTRIN, De l'extirpation des fibromes des ligaments larges. *Ann. de gynéc. et d'obstétr.*, novembre 1895, pp. 391-411.

(2) A. DORAN, Fibroïd of the broad ligament weighing forty four and half pounds (twenty kilogrammes) removed by enucleation; recovery. With table and analysis of thirty-nine cases. *Transact. of the obstetr. Society of London*, vol. XL, pp. 173-212.

(3) KREKELS (Oscar), *Die primären Fibromyome der breiten Mutterbänder*. Inaugur. Dissert., 1895, Strasbourg.

(4) HANSEN (Julius), *Sechs Fälle von primären dermoïden Geschwülsten der Ligamenta lata*. Inaugur. Dissertat., Kiel, 1899.

(5) PERROT (Ch.), *Contribution à l'étude des fibromes utérins inclus dans les ligaments larges*. Thèse Lyon, 1900.

(6) BOUVIER (P.), *Les fibromes de l'utérus intraligamentaires*. Thèse Bordeaux, 18 juillet 1901.

(7) Pour tous les détails, voir notre thèse : *Les Fibromes du ligament large*, Naud, 1902, dans laquelle nous avons colligé et réuni en tableaux tous les cas connus dans la littérature médicale. C'est l'ensemble de ces 204 observations qui nous a permis d'établir notre étude anatomo-clinique.

(8) Obs. 19.

(9) Obs. 13.

(10) Obs. 170.

(11) Obs. 118.

Leur *consistance* offre toutes les variétés, depuis l'extrême dureté jusqu'à la rénitence et la fluctuation; parfois la tumeur est dure en certains endroits, molle et élastique en d'autres.

A. SITUATION. — Sur 76 fibromes interstitiels ou primitifs, 68 spécifient le côté.

Sur 38 fibromes sessiles utérins, 11 spécifient le côté.

Sur 13 fibromes pédiculés utérins, 32 spécifient le côté.

Sur 10 fibromes pédiculés sur le ligament large, 9 spécifient le côté.

	Ligt l. dr.	Ligt l. g.	Bilatér.
Interstitiels.	35	28	5
Sessiles utérins	21	5	6
Pédiculés utérins......	5	6	»
Pédiculés sur ligt l....	5	3	1

Les fibromes peuvent occuper l'une des trois portions du ligament large, le *faîte*, le *plancher* ou la *zone intermédiaire*.

Les *fibromes de l'étage supérieur*, *type abdominal*, tendent plutôt à se développer du côté de l'abdomen et ne donnent des symptômes thoraciques inquiétants qu'après avoir acquis un volume considérable ; ce sont les moins fréquents.

Ceux de l'*étage moyen* évoluent différemment suivant qu'ils sont pédiculés ou non sur l'utérus. — Dans le premier cas, ils s'avancent plus ou moins loin entre les feuillets péritonéaux qu'ils décollent et peuvent descendre dans l'étage inférieur du ligament. — Si le fibrome n'offre aucun point d'attache, ou bien il reste bridé entre les feuillets ou, profitant de l'élasticité des lames qui le revêtent, il fait une hernie ligamentaire, étire cette sorte de coiffe et prend l'aspect d'un polype en battant de cloche. Nous avons relevé 13 cas de cette variété. Ce pédicule peut se tordre.

Les *fibromes de l'étage inférieur*, — *type pelvien* ou *abdo-*

mino-pelvien, — sont de beaucoup les plus intéressants pour le clinicien et le chirurgien. Ce sont eux qui, même petits, déterminent de façon précoce les divers symptômes douloureux de compression ; ce sont eux qui, bridés par le ligament large, ne peuvent plus franchir le détroit supérieur et s'enclavent; ce sont eux qui font obstacle à l'accouchement, eux encore qui, par leur situation, leur étendue, leurs connexions avec les organes voisins, créent les complications opératoires les plus redoutables et assombrissent le pronostic de l'intervention.

Les *décollements péritonéaux* étendus que déterminent ces néoplasmes abdomino-pelviens sont du plus haut intérêt. Dans certains cas, le péritoine de la portion sigmoïde est dédoublé; à droite, c'est le mésocæcum, le mésoappendice, et le cæcum se trouve parfois remonté plus ou moins haut dans l'abdomen [Schwartz (1)]. Nous en avons cité dans notre thèse plusieurs exemples.

Certaines de ces tumeurs présentent parfois une marche envahissante, poussent des prolongements insolites à travers les voies naturelles : vulve, périnée, canal inguinal, échancrure sciatique.

Les rapports divers qu'elles peuvent affecter avec le péritoine permettent de dire que les fibromes de l'étage supérieur sont presque toujours revêtus entièrement du péritoine, sont *sous-péritonéaux interstitiels* ; ceux de l'étage moyen peuvent offrir le même type, mais lorsqu'ils se développent surtout en arrière, ils deviennent *sous et rétropéritonéaux*. Quelques-uns enfin appartenant à cette dernière variété, plus indépendants encore, mais reconnaissant, très vraisemblablement comme origine, la partie inférieure des feuillets des ligaments larges, n'ont plus avec le péritoine que des rapports assez éloignés, semblent issus du tissu conjonctif du petit bassin : ce sont les *fibromes du tissu conjonctif pelvien*.

B. Connexions. — Le point de départ anatomique n'est

(1) Observ. 128.

pas toujours facile à établir. Parfois nous sommes réduits à de gratuites hypothèses, qui permettent seulement de conclure à la diversité d'origine de ces tumeurs.

Ou bien le fibrome est libre dans le ligament large, ou bien il dérive d'un des organes mobiles qui constituent les annexes (trompe, ovaire), du ligament rond, ou de l'organe moins mobile qu'est l'utérus.

a) *Trompe.* — Les fibromes purs de la trompe sont rares; nous n'avons trouvé aucun cas d'inclusion ligamentaire.

b) *Ovaire.* — Si l'on peut dire en thèse générale que le fibrome de l'ovaire a un développement autonome, il est des cas où le ligament large revêt une partie du néoplasme, où l'origine du fibrome peut laisser des doutes (fibrome d'origine ovarique ou primitive, ou utérine), des cas embarrassants où l'ovaire n'est pas retrouvé.

c) *Ligament tubo-ovarique.* — Le Dentu en a publié un cas intéressant (1).

d) *Ligament rond.* — Nous avons laissé de côté les fibromes nés de ce ligament.

e) *Utérus.* — Quand la tumeur est en connexion avec lui, elle peut se comporter de diverses manières :

1° Le fibrome, né en plein tissu utérin, se développe sur un bord latéral, tout en restant franchement utérin (*fibrome interstitiel utérin, à développement intraligamentaire*) ;

2° Il peut naître sur l'une des parties de l'utérus, col ou corps, être dans l'un ou l'autre cas, sessile ou pédiculé, se développer d'un seul côté de l'organe, cas le plus fréquent (14 cas), ou s'infiltrer dans les deux ligaments (2 cas);

3° La tumeur porte un pédicule qui le relie à l'une des portions de l'utérus, *fibrome pédiculé utérin.* Ce pédicule peut être de longueur variable, généralement assez court ; son volume peut atteindre celui d'un doigt, d'une pièce de 5 francs.

Comme *siège* nous avons relevé :

---

(1) Observ. 80.

1 fois sur la corne gauche ;
1 — — droite ;
2 — le bord gauche ;
1 — la partie supérieure du bord gauche ;
1 — la face postérieure et gauche du col ;
1 — — et latérale droite, sous le ligament ovarique ;
1 — — du corps ;
2 — l'isthme ;
1 — le fond ;
1 — la corne droite et le fond ;
2 — il existait un pédicule vasculaire minime ;
1 — le pédicule, gros comme un pouce, était formé en majeure partie de vaisseaux reliés au segment utérin correspondant.

Nous pouvons donc dire qu'il existe deux variétés de fibromes libres intraligamentaires : une variété sessile, *fibrome interstitiel du ligament large* ; une variété pédiculée, *polype du ligament large*. — Il existe des fibromes nés aux dépens de la trompe, de l'ovaire ou du ligament rond à type intraligamentaire. — Il existe deux variétés de fibromes intraligamentaires à point de départ utérin ; fibromes sessiles et fibromes pédiculés sur l'un des segments de l'organe générateur.

C. Structure microscopique et histologie. — Nous laissons de côté ce chapitre, qui n'offre rien de particulier. Nous avons passé en revue au cours de notre thèse les dégénérescences ou transformations, l'œdème et le myxome, la dégénérescence sarcomateuse et calcaire ; nous n'en parlerons pas ici.

D. État des organes voisins. — *a) Vascularisation.* La vascularisation de ces tumeurs offre un intérêt réel. Elle est rarement insignifiante ; parfois elle est considérable. Le plus souvent la capsule est parcourue par de gros réseaux veineux qui peuvent être larges comme le petit doigt, la veine cave, une anse d'intestin grêle.

b) *Utérus et vagin.* — L'utérus est tantôt normal, tantôt augmenté de volume.

Sur 42 cas de *fibromes intraligamentaires interstitiels* où l'état de l'organe est mentionné :

9 fois il était normal ;
5 — petit ;
26 — atteint de dégénérescence fibreuse (noyaux ou agrandissement de la cavité) ;
2 — aplati, déformé ;
1 — double.

Sur 12 cas de *fibromes pédiculés utérins*, l'état de l'utérus est mentionné 10 fois :

2 fois il était normal ;
1 — très petit ;
7 — fibreux.

Sur 6 cas de *fibromes pédiculés sur le ligament large* où l'utérus est mentionné :

3 fois il était normal ;
3 — hypertrophié.

Quand la tumeur prend un développement considérable, l'utérus suit le mouvement d'ascension et se trouve remonté plus ou moins haut (région lombaire, ombilicale, au-dessus du ligament de Poupart). Il peut être ainsi à 22 centimètres de la vulve, être entraîné assez haut pour que le couteau intéresse le vagin dans l'amputation supra-vaginale.

c) *Trompes et ovaires.* — Quand la tumeur est volumineuse et située près de la trompe, celle-ci subit un allongement plus ou moins considérable (22 à 25 centimètres).

L'ovaire peut être le siège d'un varicocèle [Tillaux (1)].

d) *Vessie.* — Ou bien elle n'adhère pas à la tumeur, et seul le péritoine suit le mouvement d'ascension ; ou elle adhère au fibrome et elle suit le développement de celui-ci.

Dans le premier cas, on peut trouver le cul-de-sac vésico-utérin remonté jusqu'à l'ombilic.

(1) Observ. 57.

e) *Uretère.* — L'uretère est assez souvent en rapport direct avec la tumeur ; nous avons trouvé 23 cas dans lesquels il était en jeu ; dans 2 cas les deux uretères furent rencontrés.

D'ailleurs, dans deux articles très intéressants sur la blessure de l'uretère au cours de laparatomie pour annexites et tumeurs liquides ou solides du ligament large, Fritz Blumenfeld (1) a rapporté de nombreux faits relatifs à cette question.

L'uretère peut former sangle et passer aplati sur la tumeur ; il peut être englobé en plein tissu fibromateux et nécessiter une minutieuse dissection. Sa compression peut déterminer une dilatation au-dessus de la tumeur.

f) *Intestin et Epiploon.* — Ces organes sont souvent adhérents à la tumeur. Dans ces cas, il existe une vascularisation veineuse souvent énorme et les artères épiploïques peuvent être grosses comme des tuyaux de plume d'oie.

III. — Etiologie et Pathogénie. — Les notions étiologiques sur les fibromes demeurent obscures ; nous ne nous arrêterons pas sur leurs rapports avec *le mariage*, *la grossesse*, *la stérilité*, *l'infection*, *la diathèse arthritique*. Nous avons amassé quelques faits qui semblent rattacher ce dernier facteur à la production des fibromes. Notre maître M. Richelot (2), Strassmann et Lehmann (3), défendent cette théorie.

Reprenant les ingénieux arguments que Lang (4) avait présentés en faveur de l'origine primitive possible des fibromes intraligamentaires, nous disons :

L'*anatomie normale puerpérale* avec Rouget, Klebs, Henle, Luschka, reconnaît l'existence de fibres musculaires lisses qui peuvent être le point de départ de myomes et de fibromyomes ;

L'*anatomie pathologique* établit : que cette couche de fibres musculaires lisses concourt à la formation de certaines

(1) BLUMENFELD (Fritz), Ureterenverletzung bei Laparotomien. *Münchn. med. Wochenschrift*, août 1898, pp. 992-995 et pp. 1029-1031.

(2) RICHELOT, *Chirurgie de l'utérus et des annexes*, 1902, p. 329.

(3) STRASSMANN et LEHMANN, Zur Pathologie der Myomerkrankung. *Arch. f. Gynäk*, 1899, LVI, pp. 503-582.

(4) LANG (G.), *loc. cit.*

tumeurs kystiques des ligaments larges [Spiegelberg, Lawson Tait, Scanzoni (1)]; que les fibromes de la paroi abdominale doivent être rapprochés de ceux des ligaments larges; les premiers se comporteraient à l'égard du péritoine pariétal comme les tumeurs libres intraligamentaires à l'égard des feuillets péritonéaux;

L'*embryologie* permet de conclure que les résidus wolfiens peuvent concourir à la formation de fibromes [cas de fibro-sarcome parovarien pédiculé de Cushier (2); cas de Willis Hallowel (3)]. A côté de ces résidus wolfiens, les capsules surrénales accessoires, que l'on rencontre dans 6 p. 100 des cas [R. Meyer cité par Rieffel (4)] chez le fœtus et l'enfant, ont pu être le point de départ de néoplasmes, et l'existence de pavillons et trompes accessoires [parasalpinges de Kossmann (5)] pourraient jouer un rôle dans la pathogénie de ces tumeurs.

La *clinique* enfin nous conduit à admettre :

1° Qu'il existe des fibromes dans toute région de l'économie pourvue soit de tissu conjonctif pur, soit de fibres musculaires lisses associées audit tissu (tissu cellulaire sous-cutané, scrotum, grande lèvre, œsophage, estomac, parois de la vessie [Albarran], prostate, épididyme, canal déférent);

2° Qu'il existe dans les feuillets du ligament large des fibromes de petit volume, que nous appellerons de la graine de fibrome, pour lesquels on ne songera pas à invoquer l'atrophie ultérieure d'un pédicule;

3° Qu'il existe des fibromes pédiculés ou non, développés loin de l'utérus, pour lesquels toute idée de connexion avec cet organe doit être écartée;

4° Enfin, dans un certain nombre de cas de fibromes intraligamentaires, pédiculés ou non, absolument indépendants,

---

(1) Cités par Lang.
(2) Obs. 49.
(3) Obs. 142.
(4) Rieffel, *in Anatomie* de Poirier, t. V, 1er fasc., p. 433.
(5) Rieffel, *loc. cit.*, p. 401.

nous avons relevé un utérus de dimension normale et macroscopiquement dépourvu de tare fibreuse.

IV.— Symptomatologie.— Nous laisserons de côté les signes physiques pour ne parler que des signes fonctionnels et des complications.

Ces signes peuvent d'ailleurs faire défaut, et telle tumeur, évoluant vers l'abdomen, ne manifeste sa présence qu'après avoir acquis un très notable développement. Les fibromes pelviens donnent des symptômes avant d'avoir atteint de grandes dimensions : la douleur et les phénomènes de compression en sont les signes prémonitoires.

Les fibromes du ligament large ne présentent pas les caractères des fibromes utérins en général, *hémorragie*, *leucorrhée*, *hydrorrhée*. Ces symptômes n'existent que dans le cas où le tissu utérin participe pour son propre compte au processus fibreux.

La *douleur* peut se traduire par des fourmillements, de la pesanteur abdominale ; périodique, elle peut devenir continue ; tantôt sourde, gravative, elle revêt parfois le caractère expulsif. Dans certains cas elle est lancinante, se reproduit sous forme de crises paroxystiques à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ce mode de douleur doit éveiller l'attention et faire penser à la possibilité d'une torsion du pédicule. D'ailleurs inconstante, la douleur siège le plus souvent dans la région où repose la tumeur ; elle peut irradier vers l'arcade crurale, la région lombaire, le sacrum, retentir dans la cuisse et jusque dans le pied.

La congestion périodique des règles influe dans certains cas et aggrave les phénomènes douloureux notés dans les intervalles.

Les *complications* peuvent s'observer du côté de la tumeur, du côté du péritoine, du côté des organes voisins : ce sont les phénomènes de compression qui dominent l'histoire des tumeurs abdomino-pelviennes. Elles peuvent encore être d'ordre inflammatoire.

a) *Du côté de la tumeur.* — C'est d'abord la suppuration,

qui est rare; les dégénérescences, dont l'œdème, relativement fréquent, imprime au néoplasme une allure galopante et entraîne l'enclavement rapide et précoce.

La *torsion du pédicule* qui, tantôt légère, entrave seulement la circulation veineuse, tantôt, plus accentuée, peut produire un arrêt complet, s'il n'existe une circulation d'emprunt suffisante. Elle peut revêtir les différentes allures cliniques sur lesquelles Lejars (1) a longuement insisté.

La *rupture du pédicule* doit être extrêmement rare, car le plus souvent le néoplasme a contracté avec les organes voisins des connexions assez intimes pour avoir son existence assurée.

b) Du côté du péritoine. — Du côté du péritoine on relève des réactions locales, le plus souvent aseptiques, qui entraînent la soudure de certaines zones du fibrome avec les organes de l'abdomen et du petit bassin et déterminent des phénomènes douloureux, surtout lorsque la tumeur est enclavée.

Il peut s'ensuivre une transsudation séreuse assez abondante (nous l'avons notée 11 fois), qui survient d'autant plus facilement que la tumeur est plus mobile et plus dure.

c) Phénomènes de compression. — Leur importance est considérable. Ils se manifestent dans deux circonstances :

La tumeur, volumineuse, se développe dans l'abdomen, l'envahit, et détermine des troubles thoraciques ou abdominaux et des phénomènes de compression qui portent surtout sur la veine cave inférieure et le plexus lombaire.

La tumeur est pelvienne et les troubles retentissent sur les organes pelviens, viscères, vaisseaux et nerfs.

Si la tumeur est considérable, elle peut déformer le thorax, entraver le libre jeu du diaphragme, provoquer de la dyspnée, de la cyanose.

Du côté de l'*appareil digestif*, la compression entraîne des phénomènes d'obstruction, qui peuvent porter sur un segment

(1) LEJARS, *Traité de chirurgie d'urgence*, 3e édit., 1901, p. 522 et suiv.

d'intestin grêle ou sur le rectum ; dans ce dernier cas, la défécation devient parfois une véritable torture, l'*obstruction chronique* peut s'ensuivre. Relativement communes, les *hémorrhoïdes* peuvent s'accompagner d'hémorrhagies tenaces.

Les *symptômes urinaires* souvent observés peuvent reconnaître trois causes :

1° Compression ou tiraillements exercés sur la *vessie*, qui se traduisent par la *fréquence des mictions* ou de l'*incontinence* ;

2° Compression portant sur le *col* ou sur le *canal de l'urèthre*, qui détermine de la *dysurie* ou de la *rétention* ;

3° Compression exercée sur l'*uretère*, qui donne lieu à de l'*oligurie périodique*, à de l'*anurie* plus ou moins prononcée *suivie de vraies débâcles urinaires*, à de l'*albuminurie* même (comme le montre le cas intéressant et concluant de Dubourg) (1), elle peut engendrer l'*uronéphrose* et entraîner la *néphrite chirurgicale chronique*.

Les compressions qui portent sur les vaisseaux, veine cave inférieure ou veines iliaques, déterminent de l'*œdème*, parfois de l'*anasarque généralisée* (le malade dans un cas de Lauwers (2) offrait le tableau de l'asystolique), de l'*ascite* (20 litres dans ce même cas). Elles peuvent avoir pour conséquences des *lésions cardiaques*, dégénérescence graisseuse ou atrophie brune du myocarde, hypertrophie ou dilatation du cœur droit et plus souvent du cœur gauche, comme l'a montré Sébileau (1).

Les *compressions nerveuses* déterminent les douleurs lombaires, parfois de la sciatique.

Le poids de la tumeur peut provoquer un *prolapsus génital* plus ou moins accusé, favoriser la production d'une hernie ombilicale ou augmenter l'orifice d'une omphalocèle déjà constituée ; il peut même y avoir des phénomènes d'étranglement. La tumeur peut produire une *éventration*.

---

(1) Obs. 153.

(2) Obs. 111.

(3) Sébileau, Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen. *Revue de chirurgie*, 1887, pp. 284-298.

Les *complications inflammatoires*, assez rares d'ailleurs, ressortissent à la phlébite, avec les graves conséquences de l'embolie pulmonaire.

V. — Marche. Durée. Terminaisons. — La *marche* est essentiellement variable. Longtemps silencieux, le néoplasme peut prendre une marche aiguë, déterminer les accidents sérieux que nous avons décrits, et qui peuvent compromettre en quelques mois l'existence de la malade.

On ne doit pas compter sur la régression des tumeurs fibreuses : c'est une terminaison d'exception. Aux exemples d'atrophie de la ménopause, nous pouvons opposer nombre de fibromes volumineux trouvés chez des femmes âgées et développés plusieurs années après la suppression des règles.

VI. — Pronostic. — Il ne faut pas considérer les fibromes en général et ceux du ligament large en particulier comme des tumeurs d'une absolue bénignité. La malade chez laquelle le hasard ou des accidents initiaux permettent de porter un diagnostic précoce, doit se considérer comme favorisée du sort. Il faut recommander aux malades de se faire examiner de temps en temps et leur représenter doucement que leur tumeur, inoffensive aujourd'hui, peut nécessiter, dans un avenir que nous ne pouvons déterminer, une intervention d'autant plus favorable qu'elle sera plus rapprochée du moment offert par le chirurgien; mal conseillée ou non suivie, la malade s'expose à l'*enclavement*, complication qui assombrit singulièrement le pronostic.

VII. — Diagnostic. — Il est dans la généralité des cas très difficile à porter, car rarement l'on rencontre une tumeur moyenne, franchement située dans l'une des fosses iliaques, mobile, indolente, de consistance nettement solide, séparée par un sillon précis d'un utérus demeuré normal.

Si la tumeur est *abdominale*, on éliminera les *tumeurs du foie*, de la *vésicule*, de la *rate*, du *rein*, du *mésentère*.

Si elle est *pelvienne*, elle pourra provenir de l'utérus : *grossesse* parfois compliquée de fibrome intraligamentaire,

déviation utérine, rétroflexion d'utérus gravide [Gusserow (1)]; de l'ovaire : tumeurs solides ou liquides (*kystes ovariques ou parovariques*); de la trompe : *tumeurs*, *hydrosalpinx*, *grosses poches salpingiennes*, *grossesse tubaire* ; *l'hématocèle rétro-utérine enkystée*, *certaines formes de péritonites* à coque très épaisse, les *tumeurs stercorales*, des tumeurs tombées dans l'abdomen ou le pelvis peuvent en imposer pour une tumeur intraligamentaire.

VIII. — Traitement. — *Tout fibrome du ligament large qu devient une cause d'accidents sérieux réclame une intervention.* Si les néoplasmes abdominaux peuvent présenter tardivement des symptômes inquiétants, ceux du petit bassin entraînent presque toujours des accidents beaucoup plus précoces.

On ne doit s'abstenir en pareil cas que si le *grand âge*, un *diabète grave*, une *albuminurie* reconnaissant pour cause une altération profonde du parenchyme rénal, de sérieuses *difficultés opératoires* compromettent gravement l'existence de la malade.

A. Opérations abdominales. — C'est la voie de choix.

Si la tumeur est pédiculée sur le ligament large, on pratiquera une *polypectomie banale.*

Si elle est sessile, on tentera la *décortication* de la poche en suivant le plus possible la *zone décollable*, pratique qui n'est pas toujours aisée lorsque la tumeur a subi déjà quelque réaction péritonéale.

Le fibrome une fois énucléé, ou bien la poche revient sur elle-même, lorsqu'elle a conservé une élasticité suffisante, ou bien il reste une loge péritonéale, largement déchiquetée, d'hémostase difficile, dangereuse même pour l'uretère. Dans ce cas il sera prudent de marsupialiser la poche et d'en assurer le drainage.

Si la tumeur a une origine franchement annexielle et a pris sur la trompe ou l'ovaire une large base d'implantation, on

---

(1) Gusserow, Obs. 61.

est autorisé à l'enlever avec l'organe qui lui a donné naissance.

Dans le cas où le fibrome est sessile et offre comme point de départ l'utérus, plusieurs cas peuvent se présenter :

Si la tumeur est interstitielle, développée sur l'un des côtés de l'utérus, si celui-ci ne semble pas envahi par d'autres noyaux, dont l'énucléation entraînerait une mutilation trop grande de l'organe, on doit tenter la *myomectomie*, pour conserver l'utérus, *et nos scrupules seront d'autant plus sévères que la femme sera plus jeune.*

Mais si le fibrome est largement implanté sur l'utérus, que toute tentative d'énucléation est jugée impossible ou inutile, c'est à l'*hystérectomie abdominale* que l'on devra recourir.

Lorsqu'au début de l'intervention, l'ablation paraît impraticable, il reste à utiliser, faute de mieux, ou la *castration double* ou l'un des procédés de *ligature atrophiante*.

B. Opérations vaginales. — Les opérations praticables par le vagin sont : la *myomectomie*, *l'hystérectomie* ou la *colpotomie latérale*.

Si le fibrome interstitiel du ligament large est développé assez bas sur l'un des côtés de l'utérus, si la palpation et le toucher permettent de penser que la tumeur, isolée, est abordable, on pourra donner la préférence à la voie basse, comme Dartigues (1) l'a montré dans son intéressante thèse (cas III, IX, XV, XXV, opérés par l'*hystérotomie cervico-vaginale* de Segond).

Si le fibrome n'est pas isolé, si le toucher décèle une tumeur de moyen volume, faisant corps avec l'utérus, on pourra pratiquer l'*hystérectomie vaginale*, encore qu'aujourd'hui l'abdomen soit reconnu voie d'élection.

On aura recours à la *colpotomie latérale*, si le néoplasme vient faire saillie sur les côtés du vagin [cas de Vierow (2)],

---

(1) *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.* L. Dartigues (Thèse), 1901.

(2) Obs. 103.

sauf à compléter l'opération par la voie haute, s'il y a nécessité.

Quoi qu'il en soit, il faut partir de ce principe que le diagnostic, dans la majorité des cas, est extrêmement difficile, est rarement posé et que l'on ne saura au juste ce qu'il faut faire qu'une fois l'abdomen ouvert.

L'abdomen ouvert, il faut faire l'opération *minima*, *suffisante* et *non dangereuse :*

Minima, nous voulons dire la myomectomie ; en présence d'un utérus petit, macroscopiquement normal, et d'annexes indemnes, *on n'a droit qu'au fibrome ;*

Suffisante, car si les annexes sont malades, et si l'utérus est porteur de noyaux fibreux appréciables, il faut extirper ce qui paraît causer le développement du fibrome, pour éviter une intervention ultérieure, et profiter de l'opération du moment pour enlever toute lésion pelvienne, même étrangère au fibrome ;

Non dangereuse, car si la tumeur est très adhérente, fortement enclavée, et si nul symptôme n'en commande impérieusement l'éxérèse, on doit recourir, faute de mieux, à une opération palliative et non radicale, plutôt que de mettre sciemment la vie de la malade en danger.

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — *a*) *Au cours de la grossesse.* — En thèse générale nous dirons :

Lorsque la grossesse se poursuit sans accidents, il n'y a aucune raison d'intervenir ; la grossesse peut évoluer normalement, et il en est le plus souvent ainsi.

La myomectomie permet très rarement à la grossesse de poursuivre son cours jusqu'au terme. Il faut de graves raisons pour que l'intervention soit jugée nécessaire.

b) *Pendant le travail.* — Il faut encore savoir attendre. Disons d'ailleurs que, dans les cas de dystocie fibreuse, une présentation du siège est plus favorable qu'un sommet. On peut abaisser un pied dans le premier cas ; dans le second une action sur la tête est presque toujours impossible. Quand

le fibrome obstrue la filière génitale, et il n'est pas nécessaire qu'il soit bien volumineux, il faut choisir entre l'*opération césarienne conservatrice*, le *Porro*, et l'*hystérectomie abdominale*.

1° *Opération césarienne.* — Elle ne doit être pratiquée que si les membranes sont intactes. Dans les fibromes intraligamentaires, elle trouve son indication chez une femme dont l'utérus est indemne de tout autre fibrome, et chez laquelle rien ne s'oppose au retour de nouvelles grossesses. On peut en pareille occurrence conserver l'utérus et dans une opération ultérieure enlever le fibrome, qui, s'il ne régresse pas, reprend le plus souvent le volume qu'il avait en dehors de la gravidité.

2° *Opération de Porro* (*amputation utéro-ovarique avec pédicule externe*) et *hystérectomie abdominale.* — On aura recours à l'un de ces deux procédés lorsque les membranes seront rompues.

Nous croyons pouvoir dire que les deux opérations ont chacune leurs indications :

Toutes les fois que l'on peut facilement constituer le pédicule, il faut pratiquer le Porro, procédé dont la simplicité et la rapidité offrent de précieux avantages,quand il s'agit d'une femme affaiblie par le travail et souvent infectée. Les inconvénients du pédicule ne doivent pas être exagérés. En le traitant comme une escarre ordinaire, en aidant à sa chute, on peut le voir se détacher au bout d'une dizaine de jours.

Mais si le fibrome est bas situé, s'il est volumineux, quand, en un mot, il est impossible de constituer un pédicule, on aura recours à l'hystérectomie abdominale ; mais il faut avouer qu'elle est beaucoup plus difficile, qu'elle exige beaucoup plus de temps, et détermine des hémorragies souvent difficiles à arrêter. Elle peut être une opération de nécessité ; le Porro reste le procédé de choix.

D. Complications opératoires. — Nous n'insisterons pas ici sur les difficultés que l'on peut rencontrer, malgré l'intérêt qu'elles peuvent présenter.

Ce sont les *adhérences* plus ou moins étendues avec les organes voisins, surtout les *adhérences avec la vessie,* le *relèvement* parfois insolite *du cul-de-sac vésico-utérin*, les *rapports avec l'uretère*, *l'hémorragie* et enfin l'*enclavement* qui aggravent beaucoup le pronostic.

E. Complications post-opératoires. — Sans parler du *choc*, de l'*infection opératoire*, nous avons relevé l'*occlusion intestinale* dont Goullioud (1) a publié ici même une curieuse observation : l'*exsudat de la fosse iliaque et hématome de la poche* après l'énucléation, qui commandent dans certains cas la nécessité du drainage abdominal ou vaginal.

Conclusions. — En résumé, cette variété de fibromes peut avoir une *évolution abdominale*, *abdomino-pelvienne* ou *franchement pelvienne.*

Ils peuvent déterminer des décollements péritonéaux étendus et pousser des prolongements vers les orifices naturels.

Au point de vue de leur origine, on peut reconnaître :

1° Des *fibromes interstitiels du ligament large*, *fibromes dits primitifs*, sans connexion utérine ;

2° Des *fibromes pédiculés sur le ligament large* (*polypes du ligament large*) ;

3° Des *fibromes utérins sessiles*, qui, partis d'un bord latéral, pénètrent dans le ligament ;

4° Des *fibromes pédiculés utérins*, nés de l'un des segments de l'utérus ;

5° Des fibromes qui, nés des annexes ou du ligament rond, se développent dans l'intérieur du ligament.

Les *symptômes fonctionnels* et surtout les *complications* offrent un intérêt clinique considérable.

Le *diagnostic* est le plus souvent très difficile à poser.

La *marche*, la *durée* sont extrêmement variables.

Le *pronostic* n'est pas absolument bénin, et l'enclavement le rend sévère.

---

(1) Goullioud, Occlusion intestinale et fibrome intraligamentaire. *Annales de gynéc. et d'obstétr.*, juillet 1899, p. 154.

Tout fibrome intraligamentaire, abdominal ou pelvien, qui tend à s'enclaver ou donne lieu à des phénomènes de compression, doit être opéré.

La voie de choix est l'abdomen.

Au cours de la grossesse, il faut savoir être abstentionniste. *Pendant le travail*, il faut encore savoir attendre et choisir son intervention quand elle s'impose.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'allaitement, par A.-B. Marfan, Paris, 1903, Steinheil éditeur. — En 1896, dans un petit volume, ayant pour titre: *De l'Allaitement*, Marfan avait réuni un certain nombre de ses leçons. C'était déjà un véritable petit traité qui contenait tant de renseignements utiles au médecin, aussi bien au point de vue pratique qu'au point de vue théorique, que l'édition se trouva vite épuisée. A la fin de l'année 1896, l'œuvre développée, beaucoup plus complète, conservant au plus haut degré les qualités maîtresses qui avaient fait les succès des premières leçons, apparaissait sous le titre très justifié de *Traité de l'allaitement*, dont la première édition fut également rapidement épuisée. A son apparition, M. le docteur Lepage lui avait consacré, dans ce journal, l'analyse élogieuse qu'elle méritait. Aussi, est-il inutile d'insister longuement aujourd'hui sur la deuxième édition, qui vient de paraître. Ce sont toujours ces mêmes qualités essentielles qui font que tout lecteur a bien vite fait de reconnaître qu'à la base de l'ouvrage il y a un labeur continu, poursuivi pendant plusieurs années, et dont l'auteur a souci de présenter, avec une scrupuleuse conscience, les résultats. En ce qui concerne la partie théorique, il convient toutefois de signaler un chapitre aussi nouveau qu'intéressant, celui qui est consacré à l'étude des *ferments solubles* du lait, étude à laquelle l'auteur a pris, d'ailleurs, une part personnelle importante. Cette étude, qui montre dans les laits des diverses espèces des éléments vivants, spéciaux, capables *peut-être* de leur confrère

mieux que les éléments physiques et chimiques presque exclusivement envisagés jusqu'ici, des qualités spécifiques de nature à expliquer par exemple leur non-équivalence dans l'allaitement, est bien suggestive. Toutefois, l'auteur, avec sa circonspection ordinaire, son souci de n'affirmer que ce qui est bien définitivement acquis, fait toutes réserves sur les conclusions à tirer de ces *aperçus nouveaux, dont l'intérêt ne doit pas faire oublier le caractère encore hypothétique.*

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld. Zuverlässigkeit der Heisswasser Alcohol Händedesinfection. *Mon. f. Geb. und. Gyn.*, nov. 1902, p. 843. — **Ahlfeld**. Ueber Durchgängigkeit der Tuben. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 41, p. 1072. — **Ahlefelder**. Klin. und anat. Beit. zur Genitaltub. des Weibes. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, p. 296. — **Bonifield**. Pelvic diseases in the young and unmarried. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 584. — **Bosellini**. La Sifilide nella donna. *Lucina,* novembre 1902, p. 157. — **Boüet**. Congestioni pleuro-polmonari periodiche d'origine genitale. *La Clinica Ost.*, sept.-octobre 1902, p. 343. — **Branham**. The vaginale route for operations on the uterus and appendages. *Am. J. Obst.*, novembre 1902, p. 640. — **Brüning**. Tuberc. der weiblichen Geschl. im Kindesalte. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1902, p. 144. — **Cook (W.)**. Puberty in the girl. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 804. — **Dalché**. Les troubles gastriques d'origine génitale chez la femme. *La Gynécologie*, octobre 1902, p. 413. — **Devé**. Les greffes hydatiques post-opératoires. *Revue de chir.*, octobre 1902, p. 533. — **Drennan (J.)**. The time of the occurence of ovulation as deduced from some clinical observations. *Am. J. Obst.*, octobre 1902, p. 502. — **Ferroni**. Osservazioni sfigmomanometriche in alcune forme ginecologiche. *Archivio di Ost. e. Guinec.*, 1902, n° 11, p. 665. — **Ill (J.-E.)**. The causes and treatment of sterility in women. *Annals of gyn. a. ped.*, octobre 1902, p. 577. — **Kistler**. Sterility in the female and its curability. *Med. News*, octobre 1902, p. 643. — **Kleinwachter**. Randbemerkung zur Krönig's Mittheilung : Die doppelseitige Unterbindund der Aa. hypogastricæ. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 49, p. 1332. — **Krönig**. Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalder Uterushöhle. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1902, p. 318. — **Olshausen**. Impfmetastasen der Carcinome. *Deutsch med. Woch*, 1902, p. 750. — **Petit**. Hyperesthésies pelviennes chez la femme. *Sem. Gynécolog.*,

nº 50, déc. 1902. — **Picqué**. De la greffe hydatique obtenue par l'inoculation de scolex. *Bull. et mém. de la Soc. chir.*, octobre 1902, p. 905. — **Pincus**. Verhältniss der Atmocausis und Zestocausis zur Curettage. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1902, p. 745. — **Mc. Reynolds**. Diastasis of the abdominal muscles. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 814. — **Spinelli (G.)**. Documenti per la studio della tuberculosi genitale femminale, 1902, nº 4, p. 249. — **Stephenson**. Diagnosis by vaginal examination. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, nov. 1902, p. 445. — **Walgreen**. Ueber anaërobe Bakterien und ihr Vorkommen bei fötiden Eiterungen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 42, p. 1095. — **Watkins (I.)**. An operation for stricture of the rectum in women. *Am. J. Obst.*, octobre 1902, p. 454.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS. — **Curatulo**. Phototherapeutics as a new therapeutical agent in obstetric and the diseases of women. *British med. J.*, octobre 1902, p. 1134. — **Oliva**. Neuer Apparat fur Hypodermoklyse und endovenöse Injektion. *Cent. f. Gyn*, 1902, nº 43, p. 1150. — **Stoynowski**. Ein Apparat zur Applikation lokäler Kälte im weiblichen Genitaltrakte. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 50, p. 1377.

VULVE ET VAGIN. — **Balocescu**. Kyste congénital du vagin. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, nºs 2 et 3, p. 116. — **Balocescu**. Patogenia si tratamental kistela vaginului. *Revista de chir.*, 1902, nº 9, p. 385. — **Bamberg**. Ueber Elephantiasis Vulvæ chronica ulcera. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 67, Hft. 3, p. 591. — **Czerwenka**. Pathol. anat. der Vulvitis. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, déc. 1902, p. 1013. — **Delanglade**. Cystocèle vaginale. Son traitement pour la réfection du diaphragme musculaire pelvien. *Bull. et Mém. de la Soc. chirurg.*, Paris, déc. 1902, p. 1140. — **Dickinson**. Hypertrophies of the labia minora and their significance. *Amer. Gyn.*, 1902, nº 3, p. 225. — **Donald (A.)**. A case of kraurosis vulvæ. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*. octobre 1902, p. 62. — **Otto Abraham**. Zur Behandlung der weibl. Gonorrhœ mit Hefe. *Mon. f. Geb. und. Gyn.*, déc. 1902, p. 1017. — **Romel**. Rupture spontanée du vagin. *La Trib. méd.*, octobre 1902, p. 846. — **Thomas Watkins**. Technique, indications and limitations of vaginal section and drainage for pelvic disease. *American ginecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 128.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ahern**. Utérus double avec cloisonnement partiel du vagin. *Le Bull. méd. de Québec*, novembre 1903, p. 122. — **Bushoug**. Lacerations of the uterine cervix. *Med. News*, novembre 1902, p. 919. — **Herman**. Emmet's operation as a preventive of abortion. *J. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, sept. 1902, p. 256. — **Hiram Vineberg**. A further contribution to the study and practical significance of lactation atrophy of the uterus *American gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 119. — **Pincus**. Zur Amenorrhœ dem Alter nach geschlechtsreifer Mädchen. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 52, p. 1433. — **Valk**. Ueber einen Fall totaler Schleimhautatrophie des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 51, p. 1385. — **Walther Burrage**. Lacerations of the cervix uteri and pelvic floor; a plea for their more careful study, their diagnosis and treatment. *American gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 141.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Delbet**. Périnéorrhaphie par interposition. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Paris, novembre 1902, p. 1092. — **Doléris**. Rétroversion de l'utérus gravide; son traitement chirurgical. *La Gynécologie*, octobre 1902, p. 385. — **Dumond**. *Déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale*. Th. Paris, 1901-02, n° 396. — **Goffe**. Intraabdominal shortening of the round ligaments *per vaginam* for the cure of retrodisplacements of the uterus. *Am. Gyn.*, 1902, n° 4, p. 355. — **Goldspalm**. A Resume of the rationale and the technique of biinguinal celiotmy for complicated aseptic retroversion of the uterus; and a further report of its remote results. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 650. — **Haggard**. The surgical treatment of retrodisplacement of the uterus. *Am. Gynecol.*, 1902, n° 3, p. 280. — **Hart (B.)**. A Discussion on the operative treatment of prolapsus uteri. *British. med. J.*, octobre 1902, p. 1143 — **Hunter Robb**. The advantages, disadvantages and results of suspension of the uterus. *American gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 148. — **Kalischer**. Condition of the bladder after hysteropexy. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 835. — **Kleinwachter (L.)**. Zur retrospectiven Betrachtung der Alexanderoperation. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 49, p. 2221. — **Kreutzmann**. Are ventrofixation and ventrosuspension of the uterus justifiable operations? *Am. gyn.*, 1902, n° 4, p. 365. — **Kreutzmann**. Ist die Annähung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand (Ventrofixation, Ventrifixur des Uterus) eine berechtigte Operation? 1902, n° 50, p. 1371. — **Richelot**. Sur la colpo-périnéorrhaphie. *Soc. chirurgie*, décembre 1902, p. 1254. — **Winternitz**. Die Wahl der Behandlungs Methoden bei Retroflexio uteri. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 42, p. 1887.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Amann**. Technik der transperit. Exstirpation des carc. Uterus. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, sept. 1902, p. 290. — **Berry Hart**. Hydatid mole and its relation to deciduoma malignum. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, nov. 1902, p. 433. — **Bouvier**. Carcinome du corps de l'utérus compliqué de pyométrie. *Sem. gyn.*, déc. 1902, n° 48. — **Bué**. Hystérotomie et hystérectomie. *Bull. acad. médecine*, Paris, octobre 1902, p. 350. — **Cabot**. Pelvic cellulitis as a complication of uterine fibroids. *The Boston med. a. surg. J.*, octobre 1902, p. 428. — **Clermont**. Deux cas d'hystérectomie abdominale pour fibrome volumineux. *Le Centre méd.*, novembre 1902, p. 97. — **Cullen**. Traitement opératoire du cancer de l'utérus. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1902, n° 5, p. 853. — **Doran (A.)**. Hysterectomy for uterine fibroid disease in early pregnancy. *The Lancet*, novembre 1902, p. 1451. — **Dunning**. Carcinoma of the cervix uteri: a summary report of the author's sixty-two cases operated upon by hysterectomy with remarks. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 725: 819. — **Franqué**. Zur chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 47, p. 1276. — **Frederick**. A study of uterine fibromyomata with special reference to their degenerations and complications as furnishing reasons for early operations. *Am. gynecol.*, 1902, n° 3, p. 255. — **Freund**. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Revue de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1902, n° 5, p. 857. — **Freund**. L'hystérectomie comme trai-

tement de l'infection puerpérale. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1902, n° 5, p. 861.— **Gebbard**. Eine mischengeschwulst des Uterus (Endotheliom mit Fett-und knorpelgewebe. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd XLVIII, Hft. 1, p. 111. — **Gellhorn**. The lymph glands in uterine cancer. *Am. Gynec.*, 1902, n° 5, p. 476. — **Hartmann**. Beitrag zur operativen Behandlung der Geschwülste des Uterus und seiner Adnexe in der Schwangerschaft. *Prager med. Wochensch.* 1902, n° 49, p. 609. — **Heinricius**. Ueber Myomotomie mit retroperitonealer Behandlung des Stieles nach Chrobak. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVII, Hft. 2, p. 294. — **Helme**. Abdom. total hysterect. for pelvic obstruction by fibromyomata. *J. of Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, septembre 1902, p. 234. — **Hubbard**. Deciduoma malignum. *The Boston med. a. surg. J.*, octobre 1902, p. 453. — **Jonnesco**. Hystérectomies abdominales totales pour des affections annexielles. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 71. — **Jonnesco**. Hystérectomie abdominale totale et néphrectomie droite transpéritonéale pour énorme fibrome utérin. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 114. — **Jonnesco**. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes et annexites. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 119. — **Jonnesco**. Hystérectomie abdominale totale avec évidement du pelvis. Néphrectomie. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 146. — **Jonnesco**. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Revue de gyn. et de chir. abdomin.*, 1902, n° 5, p. 757. — **Kermauner** (**F.**). Placentarretention mit Untersuchung der retinirten Eitheile. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, décembre 1902, p. 975. — **Kleinhans**. Erfahrungen über die abdominale radicaloperation des Uteruscarcinom. *Prager med. Wochensch.*, 1902, n° 49, p. 611. — **Krewer**. Ueber das « Chorionepithelioma (deciduoma malignum autorum). *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. XLVIII, Hft. 1, p. 66. — **Kronig**. Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica u. ovarica zur palliat. Behandlung des Uteruscarcinoms. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 41, p. 1073. — **Léopold**. L'hystérectomie comme traitement de l'infection puerpérale. *Rev. de gyn. et de chirurgie abdomin.*, 1902, n° 5, p. 909. — **Maclean**. Broad ligam. fibromyoma of the uterus complic. pregnancy. *Journ. of Obst. and Gyn. of British Empire*, septembre 1902, p. 241. — **Magnus a. Tate**. Intrauterine Fibroids complicating pregnancy, and retained placenta associated with Intrauterine fibroids complicating pregnancy. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 700. — **Margaret Cleaves**. The Röntgen ray and ultraviolet light in the treatment of malignant diseases of the uterus, with report of an inoperable case *Med. Record*, décembre 1902, p. 921. — **Mary Scharlier**. Hundred cases of fibromyomata uteri. *J. of Obst. and Gyn., of the Brit. Empire*, octobre 1902, p. 323. — **Mc Cosh**. Myomectomy vs. Hysterectomy. *Med. News*, septembre 1902, p. 577. — **Mc. Murfy**. Deciduoma malignum. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 712. — **Montgomery**. The relative advantages of the complete and partial hysterectomy. *Medical News*, septembre 1902, p. 584. — **Pichevin**. Traitement du cancer utérin. *Semaine gynécologique*, Paris 1902, p. 249. — **Pozzi**. Indications et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. *Revue de gyn. et de chirurg. abdominale*, 1902, n° 5, p. 739. — **Purcell**. Three Cases of vaginal and one of abdominal hysterectomy, with specimens. *The British gyn. J.*, novembre 1902, p. 209.

— **Raconiceano.** Hystérectomie abdominale totale pour lésions des annexes. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Bucharest, 1902, nos 2 et 3, p. 135. — **Schmauch** (**G.**). Mortifikation und spontanelimination eines grossen Myoms. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 45, p. 1217. — **Schmidt.** Ueber einen Fall von chorionepithelioma malignum. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 42, p. 1100. — **Schroeder.** Vaginale Uterusexstirpation im 6 Schwangerschaftmonat wegen Carcinoms. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 40, p. 1043. — **Sénereano.** Laparotomie pour lésions utéro-annexielles. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Bucharest, 1902, nos 2 et 3, p. 143. — **Spencer** (**H.**). Total abdominal Hysterectomy (especially by Doyen's method) for fibromyoma uteri, with notes of 14 cases. *British med. J.*, octobre 1902, p. 1131 .— **Tate.** Sarcoma of the uterus associated with fibromyoma. *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 258. — **Treub.** A propos de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale (lettre ouverte à M. le docteur Rochard). *La Presse méd.*, novembre 1902, p. 1130. — **Tuffier.** Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 5, p. 865. — **Joder.** Description of an osteoplastie metastatic carcinoma of the sternum following a primary carcinoma of the uterus. *Med. News*, décembre 1902, p. 1066. — **Walter.** Vaginal hysterectomy for pelvic peritonitis. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, novembre 1902, p. 76. — **Wertheim.** Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Revue de gyn. et de chirurgie abdom.*, 1902, n° 5, p. 843.— **Wiener.** Ein Adenomyom mit papillären Auflagerungen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1902, p. 131.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Campbell** (**B**). A plea for the conservation of the uterus in pelvic inflammation. *Annals of Gyn. a. Ped.*, octobre 1902, p. 606. — **Cumstom.** Ruptured pus Tubes. *Am. J. obst.*, novembre 1902, p. 634. — **Fournier** (**A.**). Cellulite gommeuse pelvienne simulant une tumeur maligne du petit bassin, survenue à 34 ans sur un sujet hérédo-syphilique et guérie par le traitement mixte, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902, n° 33, p. 310. — **Gemmell.** Primary tuberculosis of the ovary. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, novembre 1902, p. 78. — **Gurney** (**W.**). Suprapubic versus infrapubic procedures in the treatment of pelvic suppuration. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 599. — **Handley** (**S.**). On paratubal hœmatocele. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, décembre 1902, p. 609. — **Hugh Hodgson.** Removal of double pyosalpinx of seventeen years' standing with specimen. *The British med. J.*, novembre 1902, p. 223. — **Koch.** Typhusbacillen in der Tube. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1902, p. 198. — **Kraus.** Nachweis von Gonocok, in den tiefen Schichten der Tubenwand. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1902, p. 192. — **Neumann.** Ein Fall von Hämatocele nach Laparotomie ohne Vorhandensein einer Tubarschwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 51, p. 1393. — **Puls.** Pelvic suppuration. *Am. gynec.*, 1902, n° 3, p. 288. — **Reuben Peterson.** Appendicitis and pelvic disease. *American Gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 113. — **Villar.** Traitement des annexites. Indications de l'intervention chirurgicale et choix du procédé opératoire. De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des annexites suppurées et adhérentes. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1902, n° 40, p. 601.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** Retroperit. lipoma weighing thirteen pounds. *J. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 244. — **Baldy.** Myoma of the ovary. *Amer. Gynec.*, 1902, n° 5, p. 467. — **Bardesco.** Fibro-sarcome de l'ovaire. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 83. — **Bogdanovici.** Kyste dermoïde de l'ovaire. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 155. — **Boucher.** A case of multilocular double ovarian cyst, complicated with carcinoma of the descending colon ; operation. *Med. Record,* novembre 1902, p. 816. — **D'Arcy Power.** Note on three cases of inoperable cancer of the breast treated by removal of the ovaries. *The Lancet*, octobre 1902, p. 933. — **Fairbairn.** Pathol. of fibroma of the ovary. *The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Empire,* Aug. 1902, p. 128. — **Græfe.** Ein Fall von primaren Tubencarcinome. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 51, p. 1389. — **Hart.** Actinomycosis of the ovary and pelvic connective tissue. *J. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 244. — **Hellier.** Tumours of unusual type affecting the ovary and broad ligament. *The Journal of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, Aug. 1902, p. 116. — **Herman.** Pelvic Dermoids. *J. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 226. — **Jonnesco.** Périthéliome primitif des ovaires avec métastase dans l'épiploon ; hystérectomie abdominale totale. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 115. — **Kynoch.** Repeated ovariotomy. *J. of obst. and gyn. of the Brit. Empire,* octobre 1902, p. 366. — **Leeds.** Bilateral papillomatous ovarian cysts. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, octobre 1902, p. 65. — **Macnaughton-Jones.** Ovarian cystoma complicating miscarriage during the third month. Operation. Recovery. *The british med. J.*, novembre 1902, p. 216. — **Moynihan.** Tumours of the mesentery. *The med. Chronicle*, septembre 1902, p. 345. — **Polk.** Operations upon the uterine appendages for sterility. *Med. Record,* décembre 1902, p. 881. — **Pick.** Zur Kenntniss der Teratome, blasenmolenartige Wucherung in einer « Dermoidcyste » des Eierstocks *Berliner klin. Wochensch.*, décembre 1902, p. 1189. — **Pœnaro.** Kyste de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale sous-totale. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 157. — **Szili.** Ein Fall von Adeno-fibrom der Ligam. rotundum. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, décembre 1902, p. 979. — **Vasilesco.** Kyste multiloculaire colloïde de l'ovaire. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 108. — **Walter.** Ovariotomy in a patient four months pregnant. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, novembre 1902, p. 76.

ORGANES URINAIRES. — **Adam.** Exstrophy of bladder. *J. of obst. and gyn. of the British Empire*, octobre 1902, p. 377. — **Balocesco.** Fistules vésico-vaginales opérées par dédoublement des muqueuses. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 121. — **Berndt.** Blasenscheidefistel mit fast völligem Defekt der Harnröhre. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, novembre 1902, p. 875. — **Betti.** Sul prolasso della mucosa uretrale. *La Clinica ost.*, août 1902, p. 285. — **Dirmoser.** Fistulæ cervico-vaginales laquealicæ. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 48, p. 1293. — **Lange.** Ueber die sogenan. Carunkeln der weiblichen Urethra. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd XLVIII, Heft 1, p. 122. — **Newman.** Plastic surgery of the female urethra. *Am. J. Obst.*, octobre 1902,

p. 479. — **Smith** (**L.**). Removal of the urinary bladder for cancer with report of a case. *Amer. Gyn.*, 1902, n° 4, p. 359. — **Wormser**. Beitrag zur Kasuistik der Cervico-vaginalfisteln. *Cent. f. Gyn.*. 1902, n° 46, p. 1289.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bazy**. Grossesse tubaire suppurée. Laparotomie. *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1902, p. 1045. — **Cullingworth**. On intra-peritoneal hæmorrhage incident to ectopic gestation. *The Lancet*, novembre 1902, p. 1235. — **Estes**. The history of a case of intra-abdominal extra-uterine pregnancy delivered at term of a living child. *Philadelphia med. J.*, décembre 1902, p. 950. — **Lea**. Ruptured tubal gestation. *Trans. of the North England obst. a. gyn. soc.*, octobre 1902, p. 70. — **Legueu**. Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite. *Bullet. et Mém. Soc. chirurg.*, Paris, 1902, n° 31, p. 923. — **Phillips**. A case of extra-uterine associated with intra-uterine fœtation in which abdominal section was performed. *The Lancet*, octobre 1902, p. 1122.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bowreman Jessett**. Some complications arising subsequently to cœliotomy. *The British med. J.*, novembre 1902, p. 240. — **Bowreman Jessett**. Some complic. arising subsequently to cœliotomy. *Obst. and gyn. of the British Empire*, novembre 1902, p. 455. — **Carstens**. Abdominal section during pregnancy. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 710. — **Chase** (**W.**). Some problems in exploratory laparotomy. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 631. — **Deaver**. Some points in the treatment of postoperative abdominal cases. *Philadelphia med J.*, novembre 1902, p. 749. — **Dorrsett**. Two fatal cases of tetanus following abdominal section due to infected ligatures with a plea for the angiotribe in abdominal surgery. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 620. — **Harris**. Resuturing the suppurating abdominal incision. *American gynecology*. New-York, août 1902, vol. I, p. 165. — **Lauwers**. Des résultats de la cœliotomie dans les diverses formes de péritonite tuberculeuse. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 3, p. 86. — **Lilienthal**. Foreign bodies accidentally left within the abdominal cavity ; how to present the occurence. *Med. Record*, octobre 1902, p. 615. — **Monprofit**. Marsupialisation abdominale. *Gaz. méd. de Paris*, novembre 1902, p. 353. — **Nairne** (**S.**). So called neurasthenia and hysteria in their relations to abdominal section. *Am. J. Obst.*, octobre 1902, p. 456. — **Nairne** (**S.**). Neurasthenia (so called), hysteria, and abdominal section. *British med. J.*, octobre 1902, p. 1141. — **Price** (**J.**). General consideration of drainage in abdominal and pelvic surgery. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 632. — **Roberts**. The treatment of abdominal wounds. *British. med. J.*, octobre 1902, p. 1627. — **Simpson**. Ice following abdominal section. *Am. J. of Obst.*, novembre 1902, p. 609. — **Wolff**. Wie lässt sich der Bauchbruch nach Laparotomie vermeiden? *Cent. f. Chirurg.*, 1902, n° 50, p. 1289.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Porter**. Management of breech presentations. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 829. — **Sandstein**. Estimation of

the transv., diameter in the parturient. *J. of obst. and gyn. of the British Empire*, octobre 1902, p. 356. — **Tweedy**. First stage of labour : relation to uterine rupture. *J. of obst. and gyn. of the British Empire*, octobre 1902, p. 372.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Liepmann**. Ueber ein für mensch. Placenta specif. Serum. *Deut. med. Woch.*, n° 51, décembre 1902. — **Hahl**. Untersuchungen über das Verhältniss der weissen Blutkörperchen während der Schwangerschaft, der Geburt u. dem Wochenbette. *Arch. f. Gynec.*, Bd 67, Hft. 3, p. 465. — **Hitschmann** et **Lindenthal**. Ueber das Wachstum der Placenta. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 44, p. 1167. — **Jagerrous**. Studien über den Eiweiss-Phospha-und Salzumsatz während der Gravidität. *Arch. f. Gynec.*, Bd 67, Hft. 3, p. 517. — **Patellani-Rosa**. Il bacino osseo die vertebrati, specialmente dei mammiferi. Studio di anatomia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 10, p. 645 ; 719. — **Pray**. Preliminary report of some observations on the blood of pregnancy and the puerperium. *Am. gyn.*, 1902, n° 4, p. 335. — **Raoux**. Sacrum dans les bassins asymétriques (Rapport de Porak). *Bull. de l'Acad. méd.*, Paris, octobre 1902, p. 336. — **Silberstein**. Die Herkunft des Fruchtwassers im menschlichen Ei. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd 67, Hft. 3, p. 607. — **Solowij**. Zur Kenntniss der path. Anatomia der Placenta. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1902, p. 719. — **Stahl (A.)**. Interpretation of the histology of the villi from early intra und extra-uterine specimens. *Am. J. obst.*, décembre 1902, p. 777. — **Wodarz**. Zum Kenntniss von Bau der Placenta circumvallata. *Cent f. Gyn.*, 1902, n° 50, p. 1359. — **Zagorjanski-Kissel**. Ueber das primare Choriocpithelium ausserhalb des Bereiches der Eiansiedelung. *Arch. f. Gynec.*, 1902, Bd 67, Hft. 2, p. 326.

DYSTOCIE. — **Brock**. A case of gestation and labour at full term in uterus Didelphys. *The Lancet*, novembre 1902, p. 1319. — **Bryce**. Case of large dermoid cyst complicating labour. *The Lancet*, novembre 1902, p. 1256. — **Durlacher**. Kramphafte Zusammenziehung des Muttermundes als relatives Geburtshindernis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 50, p. 1369. — **Gutierez**. Distocia por presentacion de tronco ; placenta previa ; hidramnios-monstruo raro ; espina bifida. *La Semana med.*, 1902, n° 41, p. 809. — **Iovitz**. Grossesse dans un utérus biloculaire. *Bull. et mem. Soc. chir.* Bucharest, 1902, n°s 2 et 3, p. 163. — **Kermannes**. Schwangerschaft und Geburtscomplic. bei Atresie and Stenose der Scheide. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, novembre 1902, p. 863 et décembre 1902, p. 1029. — **Semon**. Complic. der Geb. mit ovarial Tumoren. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1902, p. 275.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Hann**. Which pregnancy occurred after the menopause. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, septembre 1902, p. 290. — **Ranken Lyle**. Prgnancy and labour in tabes dorsalis. *J. of obs. and gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 289.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Baudouin**. Un cas de grossesse quadruple, formée de deux œufs, dont l'un à trois germes avec sternopagie. *Gaz. méd. de Paris*, novembre 1902, p. 369. — **Roberts (L.)**. Case of premature delivery of four children at a birth. *Trans. of*

the North of England obst. a. gyn. soc., octobre 1902, p. 69. — **Weinberg**. Neue Beiträge zur Lehre von den Zwillingen. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. XLVIII, Hft. 1, p. 94.

GROSSESSE-EXTRA-UTÉRINE. — **Clarke**. The management of cases of emergency arising from rupture in ectopic pregnancy. *Am. J. obst.*, octobre 1902, p. 449. — **Cullingworth**. Intraperitoneal hemorrhage incident to ectopic gestation. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, novembre 1902, p. 409. — **Harrison**. Remarks upon ectopic gestation, studied with reference to diagnosis and indications of treatment. *Bristish med. J.*, octobre 1902, p. 1135. — **Lockhart**. Ectopic gestation considered clinically. *Amer. Gyn.*, 1902, n°4, p. 347. — **Maclean**. A case of ectopic pregnancy. *Journ. of Obst.and Gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 264 — **Opitz** (**E.**). Ueber die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileiter. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd XLVIII, hft. 1, p. 1. — **Picqué** (**L.**). Sur une série de cas de grossesse extra-utérine. *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, Paris, octobre 1902, p. 900. — **Van de Warker**. The treatment of the extra-uterine placenta by the open abdomen. *Am. Gynecol.*, 1902, n° 5, p. 471. — **Vanderlinden**. Un cas de lithopœdion datant de 20 ans. *Journal de chirurgie*, Bruxelles, novembre-décembre 1902. — **Wells**. Repeated ectopic Gestation. *Med. Record*, novembre 1902, p. 801.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Baudouin**. Nouveaux cas de tératopages ayant vécu : xiphopages. Un cas d'hypogastropage viable. Un nouveau sternopage. *Gaz. méd. de Paris*, octobre 1902, p. 321. — **Bondi**. Ueber den Bau der Nabelgefässe. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1902, p. 265. — **Kedarnath**. Acardiacus Anceps. *J. of obst. and gyn. of the British Empire*, octobre 1902, p. 341. — **Keller**. Zur Aetiologie angeborener Klumpfusse und gelenkcontracturen. *Arch. f. Gyn.*, Bd 1902, Hft. 1, p, 477. — **Maidlow**. A case of anencephalus. *The Lancet*, octobre 1902, 990. — **Moran** (**J.**). Gastro-intestinal hemorrhage of the new-borncase treated with normal salt solution and gelatine, one-half one per cent recovery. *Am. Gyn.*, 1902, n° 5, p. 513. — **Neugebauer**. Der von Lorthior veroffentlichte Fall von Diphallie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 51, p. 1395. — **Sabrazès**. La première urine du nouveau-né. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1902, n° 40, p. 486. — **Stowe** (**M.**). Rupture of the ombilical cord. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 792.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ascoli**. Zur experimentellen Pathogenese der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 49, p. 1321. — **Atlee**. Secondary puerperal hemorrhage. *Am. J. Obst.*, octobre 1902, p. 497. — **Baughman**. The pathologie of eclampsia with photomicrographic illustrations. *Am. Gyn.*, 1902, n° 5, p. 507. — **Bell**. Puerperal eclampsia with autopsy. *The Journal of obst. and gyn. of Brit. Empire*, septembre 1902, p. 269. — **Bensinger**. Septische Mastitis. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 52, p. 1437. — **Bentivegua**. La sindrome urologica della insufficienza epatica nella gravidanza. *Lucina Sicula*, n° 1, 1902, p. 3. — **Boquel**. De la rétention de l'arrière-faix. *Archives méd. d'Angers*, 1902, n° 10, p. 449 ; 500. — **Bucura**. Bedeutung des

Schuttelfrostes im Wochenbett mit besonderer Berucksichtigung der Pyämie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1902, p. 705. — **Christiani.** Zur « Gesichte der fötale Theorie über die Ursachen der Eklampsie von C. Mouton ». *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 49, p. 1329. — **Davis.** Polyhydramnios : Its differential diagnosis and treatment with the report of cases. *Med. News,* octobre 1902, p. 740. — **De Lee.** The treatment of placenta prævia, based upon a study of thirty cases. *American Gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 151. — **Dorven** (**S.**). Hydrorrhea gravidarum. *Am. J. Obst.*, octobre 1902, p. 509. — **Diminock.** A case of puerperal septicemy. *The Lancet*, octobre 1902, p. 988. — **Fincke.** Present status of the pathology and etiology of eclampsia. *Brooklyn medical Journal*, octobre 1092, vol. XVI, p. 445. — **Friedman.** Note on the diagnosis and treatment of early miscarriage. *The Boston med. a. surg. J.*, novembre 1902, p. 563. — **Guelmi.** Fistola vulvo-vagino-rettale da rottura di varici nel parto : suppurazione di una glandola Bartolini, spaccatura raschiatura, asportazione di un tratto di vena. Guarizione. *La Clinica ost.*, 1902, n° 7, p. 241. — **Halm.** Die Verhütung und Therapie des Abortus. *Wiener med. Presse*, 1902, n° 44, p. 1984. — **Hubert.** Etiologie et traitement de l'éclampsie puerpérale. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1902, n° 3, p. 79. — **Jardine.** Sarcomatous Enchondroma of the pelvis during pregnancy. *Journal of obst. and gyn. of the Brit. Empire.*, Aug. 1902, p. 147. — **Judd.** Eclampsia, etiology, symptomatology, diagnosis, complications, prognosis and therapeutics. *Brooklyn medical Journal*, octobre 1902, vol. XVI, p. 441. — **Klainertz.** Ein Fall von spontaner kompleter Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 40, p. 1041. — **Krebs.** Ueber Gebärmutterzerreissung während de Geburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Aug. 1902, p. 204. — **Lafourcarde.** Rupture spontanée de l'utérus survenue pendant le travail. Passage du fœtus et du placenta dans la cavité péritonéale. Laparotomie. Hystérectomie sus-vaginale. Guérison. *Bull. de l'Acad. méd.*, 1902, n° 31, p. 212. — **Mouton.** Zur Gesichte der fötalen Theorie über die Ursachen der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 42, p. 1091. — **Noto.** La Cura dell' Aborto. *Lucina Sicula*, 1902, n° 1, p. 15. — **Reidhaar.** Behandlung der puerperalen Sepsis. *Mon. f Geb. u. Gyn.*, octobre 1902, p. 765. — **Seitz.** Zur Opitz'schen Diagnose des Abortes aus den Veranderungen der uterinen Drusen. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd XLVIII, Hft. 1, p. 53. — **Sippel** (**A.**). Die operative Behandlung der puerperalen Pyämie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 50, p. 1361. — **Taylor.** Ovarian tumour obstr. delivery. *Journ. of obst. and gyn. of Brit. Empire*, septembre 1902, p. 231. — **Varaldo.** Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico della anemia perniciosa progressiva. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 9, p. 982. — **Virnicchi.** Contributo alla istologia delle ovaie nell' osteomalacia. *Archivio di ost. e ginec.*, novembre 1902, p. 711. — **Weir.** Rupture of the posterior wall of the cervix uteri without involvement of the external os, occuring during abortion of the fourth month. Escape of the fetus through the laceration. *American Gynecology*, New-York, août 1902, vol. I, p. 138.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bischoff.** Beiträg zur Anvendung des Bossi'schen Dilatatorum. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 47, p. 1265. — **Bumm.** Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnitte. *Cent. f. Gyn*, 1902, n° 52, p. 1417. — **Cameron** (**M.**).

A Discussion on the modern Indications for Cæsarean Section. *British med. J.*, octobre 1901, p. 1123. — **Carschmann**. Bietet der quere Fondalschnitt bei den Sectio cœsarea ? *Mon. f. Geb. und gyn.*, novembre 1902, p. 882. — **Daniel**. Dilatation of the Cervix by the Metranoikter of Schatz. *J. of and obst. Gyn. of the Brit. Empire*, septembre 1902, p. 280. — **Favell**. Cæsarean Section for Labour obstruted by dermoid tumour of the ovary. *Trans. of the North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, novembre 1902, p. 81. — **Ferrari**. Tre casi di taglio cesareo repetuto sulla stessa dona con speciali considerazioni riguardo alla incisione sul fondo, secondo Fritsch. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1902, n° 10, p. 601. — **Fieux**. Symphyséotomie d'urgence pratiquée en ville. *Gazette méd. des sciences méd.*, 1902, n° 51, p. 615. — **Gigli (L.)**. Lateralschnitt durch des os pubis. *Cent f. Gyn.*, 1902, n° 48, p. 1298. — **Girod**. Sur le forceps ; quelques considérations pour servir à l'étude des accouchements : *Bull. de l'Acad. méd.*, Paris, octobre 1902, p. 340. — **Guérard**. Sectio Cæsarea bei Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 49, p. 1326. — **Kaiser (O.)** Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 41, p. 1075. — **Kallmorgen**. Vaginaler Kaiserschnitt im 8 Schwangerschaftsmonat (Zwllinge) bei Portiocarcinom. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 48, p. 1294. — **Keller**. Erfahrungen über die schnelle Dilatation der Cervix nach Bossi. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd. 67, Hft. 3, p. 723. — **Knapp**. Zum accouchement forcé mittels Metalldilatatoren. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 47, p. 1255. — **Krull**. Ueber die Wendung mit sich anschliessender Extraction beim Becken auf Grund von 320 Fällen. *Arch. f. Gyn.* Bd LXVII, Hft. 2, p. 374. — **Laughaff**. Ueber ein Fall von Erweiterung des Muttermundes mit Bossi's Dilatator beim Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 45, p. 1268. — **Lederer**. Ueber die forcirte Erweiterung des Muttermundes mittels des Dila. torium von Bossi. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVII, Hft. 3, p. 711. – **Mueller**- Zur schnellen Erweiterung des Muttermunde mit Metaldilatatoren. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 47, p. 1269. — **Queisner**. Zur Verwendung von Klemmen und Kugellzangen in der Geburtshilfe. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 41, p. 1077. — **Sinclair**. Cœsarean sect. under cocaine anesth. *J. of. Obst. and Gyn. of the British Empire*, septembre 1902 p. 221. — **Smitts (de)**. Zur Kasuistik des Abortus provocatus. *Arch. f. Gyn.* Bd LXVII, Hft. 3, p. 743. — **Voorhees**. Craniotomy. *Am. J. Obst.*, décembre 1902, p. 735. — **Wallace**. On repeated Cæsarean Section. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, décembre 1902, p. 555. — **Weber**. Uber den vaginalen Kaiserschnitt bei mit Portiocarcinom komplicirt Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 48, p. 1295.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Ansaloni**. De l'écouvillonnage de l'utérus post partum. *La Touraine méd.*, 1902, n° 11, p. 81. — **Fromner**. Ein neuer geburtshilflicher Uterusdilatator. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 47, p. 1272. — **Hayward**. Death from chloroform poisoning. *British med. J.*, octobre 1902, p. 1122. — **Hink (A.)**. Auskochbare Bougie zur Krause'schen Methode. *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 50, p. 1375. — **Jardine**. The use of potassium chlorate in the treatment of cases of habitual death of the fœtus in the later months of pregnancy. *British med. J.*, octobre 1902, p. 1137. — **Palm**. Untersuchungen über die Bedeutung des Mutterkorns und seiner Präparate fur die Geburtshulfe mit specieller Brücksichtigung des Sphaceltoxins. *Arch. f. Gyn.*, Bd

LXVII, Hft. 3, p. 655. — **Steinbuchel**. Vorlaüfige Mittheilung über die Anvendung von Skopolamin. Morphium. Injektionen in der Geburtshilfe. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 48, p. 1304. — **Tornu**. Sulla pretesa azione ecbolica del chinio. *Annali di Ost. e. Ginec.*, septembre-octobre 1902, p. 347. — **Wagner**. Ehrfarungen mit den Dilatatorium von Bossi. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 47, p. 1262.

VARIA. — **Baldy**. Address in obstetrics. *Philadelphia med. J.*, octobre 1902, p. 472. — **Baldwin**. Pregnancy after the removal of both ovaries. *Am. J. of Obst.*, décembre 1902, p. 835. — **Ballantyne**. The problem of the postmature infant. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, décembre 1902, p. 521. — **Bovée**. Pregnancy and labor following complete nephrorrhaphy. *Americ. Gyn.*, 1902, nº 5, p. 463. — **Colclough**. Treatment of accid. hœmorrhage. *J. of obst. and gyn. of the Brit. Empire*, Aug. 1901, p. 153. — **Hamburger**. Ueber die Berichtigung und Nothwendigkeit bei tuberculösen Arbeitfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen. *Deuts. klin. Wochen.*, novembre 1902, p. 1051. — **Hertzka**. Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und Gebärenden. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1902, p. 321. — **Howard a. Kelly**. The mimicry of pregnancy by fibroid and ovarian tumors. *Americ. Gyn.* 1902, p. 449. — **Larger**. Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence. *Bull. acad. de méd.* Paris, octobre 1902, p. 340. — **Mac Ewitt**. Some peculiarities of pelvic pain. *Brooklyn med. Journal*, décembre 1902, p. 515. — **Palatai**. Ueber Erstgebärende unter 16 Jahren. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 52, p. 1427. — **Rossa**. Complikation des Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkahls. *Cent. f. Gyn.*, 1902, nº 46, p. 1241. — **Severi**. Gravidanza con imene intatto. *La Clinica ostet.*, août 1902, p. 281. — **Stroganoff**. Schwangerschafts und Geburtsverlauf nach einer Gebärmutterruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd XLVIII, Hft. 1, p. 40. — **Tridondani**. Contributo allo studio dei vizii pelvici da paralisi infantile. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, nº 9, p. 945. — **Walther Schultz**. Ovarien Verpflanzung. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, décembre 1902, p. 989.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre Dame-de-Lorette



HENRI VARNIER

1859-1902

HENRI VARNIER

1859-1902

Henri-Victor Varnier naquit à Épernay, le 26 juin 1859.

Son père, Adolphe Varnier, issu de famille champenoise, était professeur de l'Université. Pendant quarante-trois ans il enseigna au collège d'Épernay. La mort le surprit professant encore, entouré de l'affectueux respect des générations d'élèves qui, durant près d'un demi-siècle, s'étaient succédé autour de sa modeste chaire. Leur reconnaissance se manifesta d'une façon touchante : par souscription, ils élevèrent un monument sur la tombe de leur vieux maître ! Un tel hommage donne la mesure de la valeur morale de l'homme. Il était de la race de ces professeurs, honneur de notre Université, qui savent mettre au cœur des jeunes gens l'amour du travail désintéressé et donner l'exemple d'une vie irréprochable.

Sous la direction de son père, Henri Varnier fit au collège d'Epernay ses études secondaires. Sa vie de collégien studieux, partagée entre le foyer familial et le petit pays de Moussy, ne fut troublée que par l'Invasion, dont il garda le tragique souvenir.

A 17 ans il était bachelier. Une solide culture classique avait développé les qualités maîtresses de son intelligence, la méthode, l'esprit d'analyse et de libre examen. Sa maturité intellectuelle avait été précoce.

La carrière qui lui fut choisie fut la médecine militaire, et,

au mois d'octobre 1877, il venait à Paris commencer ses études médicales.

Les ressources paternelles étaient minimes. Varnier, conscient de ses devoirs de fils et de frère aîné, décidé à subvenir lui-même à tous ses besoins, entra comme maître répétiteur dans un pensionnat de Saint-Ouen.

L'année qu'il y passa fut aussi dure pour l'étudiant déraciné que pour les siens. Sa mère, femme d'une intelligence très affinée, savait quelle sensibilité, quelle fierté son enfant avait héritées d'elle. Elle devinait les meurtrissures dont il souffrait et s'ingéniait, dans des lettres d'une tendresse exquise, à adoucir les amertumes de sa vie.

En octobre 1878 l'horizon s'éclaircit. Varnier était revenu de vacances ayant en poche une lettre qu'un excellent ami et conseiller de sa famille, le docteur Verron, d'Epernay, lui avait donnée pour un agrégé de la Faculté. Cet agrégé était Farabeuf, chef des travaux anatomiques.

Farabeuf fit bon accueil au jeune Champenois et lui ouvrit les portes de son laboratoire. Il ne tarda pas à apprécier les qualités de l'élève que son ami Verron lui avait adressé, et sachant pourquoi, chaque jour avant quatre heures, Varnier, attendu par ses collégiens, tirait à regret sa montre et s'esquivait en hâte, il le prit chez lui sous prétexte de donner à ses fils un répétiteur de latin.

C'est ainsi que Varnier se trouva installé, rue de l'École-de-Médecine, dans les locaux que la Faculté donne en logement au chef des travaux.

Il pouvait désormais travailler librement.

Son bonheur fut de courte durée. Le 3 août 1879, sa mère, enceinte pour la septième fois, mourait d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Il assista à ses derniers moments. Un seul espoir était resté à Verron, la transfusion : Varnier lui tendit son bras. Au chevet de cette mère adorée

qu'il n'avait pu ranimer de son sang, il sentit germer sa future passion pour l'obstétrique.

De médecine militaire, il ne fut plus question ! Il se prépara au concours pour l'externat des hôpitaux, et fut classé le second de la promotion (10 janvier 1881). Enfin, le 26 décembre 1882, il était nommé interne des hôpitaux. L'avenir était assuré.

Qu'allait être cet avenir ? Poussé par le désir bien naturel de retourner auprès des siens dans son pays d'origine, Varnier ne songea d'abord qu'à parfaire son éducation médicale. Sur les conseils de Farabeuf, il choisit comme chefs Pinard, Duguet et Terrier.

Après son volontariat au Val-de-Grâce et une année d'internat à l'hôpital Cochin, dans le service de Théophile Anger, il entrait à la Maternité de Lariboisière et devenait l'élève de Pinard, alors professeur agrégé.

Cette année 1885 fut pour Varnier décisive. Aux côtés de Pinard, maître ardemment épris de progrès, il décida de consacrer sa vie à l'étude et à la pratique des accouchements.

Dès lors il se fixe à Lariboisière, où il passe les trois dernières années de sa vie d'interne (service de Pinard [1885 et 1887], service de Duguet, [1886]). C'est là qu'il ressera les liens d'une amitié étroite fondée sur une absolue « communauté d'idées et de sentiments », qui déjà l'unissait à ses collègues Hartmann, Legendre, Widal et Wallich. C'est là qu'il distingua la jeune fille dont il devait plus tard faire sa femme, Mlle Henriette Carrier, ancienne élève de la Maternité, future sage-femme en chef de la clinique Baudelocque.

Il partagea sa vie entre le service de Pinard et le laboratoire de Farabeuf et devint le fils scientifique de ces deux maîtres, qui voyaient avec une paternelle fierté s'affirmer la puissante personnalité de leur élève.

Affranchi de la tutelle de l'autorité, confiant dans la rigueur

de la méthode que lui imposa son sens critique, animé d'un inexorable amour de la vérité, Varnier traça, dès le seuil de sa vie d'accoucheur, le droit chemin qu'il suivit sans fléchir.

Donner à la pratique des accouchements une base scientifique fut l'idée directrice des études désintéressées auxquelles il allait consacrer sa vie.

N'acceptant que sous bénéfice d'inventaire les résultats fournis par l'exploration clinique, il demanda à l'anatomie, à l'expérimentation cadavérique, à l'étude par coupes après congélation des cadavres de femmes mortes pendant la puerpéralité, la solution des questions de mécanisme que les accoucheurs français du dix-neuvième siècle avaient, souvent en vain, tenté de résoudre par le plus imparfait des procédés d'investigation, le toucher. Avec ses maîtres, il reprenait la méthode qui avait permis à Smellie et à Hunter de jeter les fondements de l'obstétrique positive ; mais, par la mise en œuvre de techniques inconnues des anatomistes du dix-huitième siècle, il lui donnait une seconde jeunesse.

Ses premières recherches anatomiques, expérimentales et cliniques sur le mécanisme de l'accouchement spontané et artificiel datent de 1886.

Il en exposa une partie dans sa thèse inaugurale : *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical* (1888). Varnier y démontrait, qu'au point de vue obstétrical, le détroit inférieur du bassin est constitué par la boutonnière pubo-coccygienne du muscle releveur coccypérinéal (releveur de l'anus et ischio-coccygien). C'est là une des plus belles conquêtes qui aient enrichi le « département de l'obstétrique », créé par notre Solayrès.

L'ensemble des « Principes fondamentaux d'obstétrique vérifiés, rectifiés ou établis à l'aide de l'expérimentation sur le mannequin naturel et de l'observation sur la parturiente » ne fut publié qu'après de longs mois de travail, en 1891, dans un livre intitulé : *Introduction à l'étude clinique et à la pra-*

tique des accouchements. Ce livre fut signé : Farabeuf et Varnier.

Pendant qu'il poursuivait avec Farabeuf les expériences anatomiques qui aboutirent à cette magistrale étude de mécanique obstétricale, Varnier, collaborateur de Pinard, recueillait et étudiait toutes les pièces d'autopsie que pouvait fournir la nombreuse clientèle de l'hôpital Lariboisière.

Non content d'utiliser le matériel forcément restreint du seul service d'accouchements, il frappe avec son maître à toutes les portes, fait appel à l'intelligente libéralité de tous les chefs de service, médecins et chirurgiens, et centralise dans le laboratoire de Pinard un grand nombre de documents précieux, noyau du musée d'anatomie obstétricale dont il rêvait de doter Paris.

Ces pièces furent étudiées par la méthode des coupes après congélation, qui venait de faire ses preuves entre les mains de Braune, de Schroeder, de Waldeyer. Les seize premières formèrent la base des *Études d'anatomie obstétricale normale et pathologique*, que Pinard et Varnier publièrent en 1892. Cette œuvre, qui fait date dans l'histoire de l'obstétrique française, se compose d'un atlas dont les planches sont d'une rare perfection et d'un texte qui, outre la description analytique des planches, comprend deux mémoires sur la délivrance et l'engagement de la tête fœtale dans les bassins normaux.

Une seconde série d'études anatomiques était depuis 1892 en préparation. Des fragments seulement en ont été édités, en particulier une étude sur l'*Insertion vicieuse du placenta*, faite en collaboration avec Champetier de Ribes.

A sa sortie de l'internat, Varnier s'était trouvé placé dans des conditions particulières. Devenu l'aide de pratique de Pinard, vivant en fils au foyer de son maître, il avait pu, en toute quiétude matérielle et morale, poursuivre son œuvre scientifique et se préparer à l'enseignement.

En 1888, inaugurant son enseignement écrit, il fondait avec son ami Legendre la *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*. Ce journal était destiné à fournir aux praticiens et aux sages-femmes, exposée en détail avec un grand nombre d'observations cliniques à l'appui, l'indication de la conduite à tenir dans les principales circonstances de l'obstétrique et de la pædiatrie journalières. Pendant cinq ans Varnier en rédigea la partie obstétricale, diffusant avec une lumineuse clarté d'exposition la pratique de son maître.

En 1889, il devint rédacteur en chef des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Avec la collaboration de son ami Hartmann, il imprima une vigoureuse impulsion au journal qui avait publié ses premiers mémoires (*Des Cystocèles vaginales* avec ou sans chute de l'utérus, compliquées de calculs (1885); *De l'Irrigation continue* comme traitement prophylactique et curatif de l'infection puerpérale [en collaboration avec Pinard, 1885]; Contribution à l'étude de la *Rétroversion de l'utérus gravide* [en collaboration avec Pinard, 1886]; etc...).

Comme rédacteur des *Annales* il succédait à Pinard, que la Faculté venait de nommer titulaire de la nouvelle chaire de clinique obstétricale.

Le 1er juillet 1889, le professeur Pinard prit possession de la « Maison d'accouchements Baudelocque, clinique de la Faculté ».

Très documenté sur le fonctionnement des principales Maternités d'Europe, passionné pour tout ce qui touchait à l'enseignement obstétrical français, convaincu que l'effort synergique de travailleurs désintéressés rendrait à cet enseignement la place que les accoucheurs du dix-huitième siècle lui avaient donnée, Varnier mit au service de son maître sa compétence et sa prodigieuse activité. Il fut d'ailleurs un de ses premiers chefs de clinique (année 1891-92) et resta en fait son assistant.

La clinique Baudelocque devint sa maison. Il put y recueillir et sut y choisir les matériaux les plus précieux. Ces maté-

riaux furent la base des recherches nouvelles que la mise à l'étude de la symphyséotomie et la découverte de Röntgen allaient lui inspirer.

C'est pendant son clinicat, vers la fin de 1891, que Spinelli, élève de Morisani, vint à Paris exposer à Pinard les résultats que l'école napolitaine obtenait de la symphyséotomie dans le traitement des viciations pelviennes.

Immédiatement Pinard, Farabeuf et Varnier se mettent à l'œuvre. Ils demandent à l'expérimentation cadavérique « des objections ou des encouragements », et Pinard, éclairé par ces recherches préliminaires, fait, le 7 décembre 1901, la leçon qui allait être le point de départ de la renaissance de la symphyséotomie en France et en Europe.

La lutte va commencer. A la Société obstétricale de France (1893), au Congrès de Rome (1894) et dans de nombreuses publications, Varnier combat aux côtés de ses maîtres avec toute l'ardeur de sa conviction scientifique.

Pierre à pierre l'édifice s'élève.

Les symphyséotomies se succèdent à la clinique Baudelocque.

Les indications de l'opération se précisent : Varnier, le premier en rend justiciables les présentations du front dans les bassins cliniquement normaux.

La technique de l'intervention s'affermit : Varnier donne le moyen de parer aux déchirures vaginales et uréthrales pendant l'extraction du fœtus.

Et Pinard peut dire, définissant au Congrès de Rome la part qui revient à Varnier dans l'œuvre commune : « Il n'y a pas d'observations, pour ainsi dire, dans lesquelles il n'ait été ou acteur ou témoin, et si, dans l'ensemble de nos travaux, on déterminait notre part respective, je dois avouer que la part de l'élève l'emporterait sur celle du maître ! »

En 1897, le nombre de pelvitomies pratiquées dans le service de Pinard s'élevait à 76. De ce cohérent ensemble de documents Varnier tira les conclusions du magistral rapport qu'il

avait été chargé d'élaborer sur la symphyséotomie par le Comité d'organisation du Congrès de Moscou (août 1897).

Ce n'était pas encore le couronnement de son œuvre.

A cette époque, la question de l'agrandissement permanent du bassin après section du pubis restait sans solution scientifique. Les résultats cliniques semblaient bien en contradiction avec les doctrines classiques de Zaglas, de Lesshaft, de Farabeuf. Frank, de Cologne, avait bien montré à Varnier une femme qui, dix semaines après une symphyséotomie suivie d'ostéoplastie interpubienne, montait des étages et sautait à cloche pied sans se douter que le relâchement des symphyses postérieures est décrit dans les livres sous le plus terrible aspect.

Varnier réclamait la preuve objective. En l'absence d'autopsies suffisamment nombreuses, il la demanda à la radiographie et put, en octobre 1899, après de longues et patientes recherches, établir la proposition suivante : « Nous sommes porté à admettre qu'un écartement persistant de 3 à 4 centimètres, capable de produire pour certains bassins un agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ou du diamètre transverse du détroit inférieur, est sans gros inconvénients sur la statique pelvienne ».

Le nom de Varnier restera dans l'histoire de la symphyséotomie à côté de ceux de Sigault, de Morisani. de Farabeuf et de Pinard.

Lorsqu'en décembre 1895 Röntgen publia sa merveilleuse découverte, Varnier pressentit tout le parti que l'obstétrique pourrait tirer de ce nouveau procédé d'exploration.

L'objectivité de la méthode était d'ailleurs bien faite pour séduire son esprit positif.

Immédiatement il se met au courant de la technique avec James Chappuis, professeur à l'École centrale, et crée avec Pinard le laboratoire de radiographie de la clinique Baudelocque, l'un des premiers qui aient été organisés à Paris.

C'est dans ce laboratoire qu'est née la radiopelvimétrie.

Sa première publication date du 10 mars 1896. Il venait

d'obtenir l'image radiographique d'un fœtus de 3 mois et demi en place dans un utérus conservé dans l'alcool ! Le 20 mars il avait radiographié avec succès le contenu d'un utérus gravide près du terme, recueilli à l'autopsie d'une éclamptique. En avril il obtient l'image détaillée du bassin et de la colonne vertébrale d'un cadavre de femme.

Du cadavre humain il passe à la femme vivante, non sans avoir au préalable demandé à l'expérimentation sur l'animal vivant d'assurer sa route vers l'inconnu.

Les nombreux clichés qu'il rassemble lui permettent de jeter les bases de la *Pelvigraphie par les rayons X* et de créer une méthode de radiopelvimétrie : la *Radiopelvimétrie par comparaison.* (Congrès de Moscou, 1897.)

Après deux années de recherches poursuivies avec autant de méthode que de tenacité (1897-1899), il obtient, sur la femme vivante à terme ou près du terme, la silhouette de la tête fœtale à l'entrée du bassin et peut, sur le cliché, juger de son volume, de son orientation, de son degré de flexion et d'engagement.

Enfin, en 1901, il présente à l'Académie des sciences les premiers résultats de la nouvelle méthode de *Radiopelvigraphie et Radiopelvimétrie à longue portée*, qu'il avait créée en 1900 et rigoureusement expérimentée sur le bassin sec, le cadavre et la femme vivante.

Ce fut une de ses plus grandes joies d'avoir pu, après tant d'efforts, obtenir sur la femme vivante, la silhouette complète du détroit supérieur fixé dans sa forme et avec des dimensions ne différant des dimensions vraies que de quelques millimètres !

En 1892 il avait été nommé professeur agrégé de la Faculté et en 1894 accoucheur des hôpitaux.

Alors commença son enseignement officiel, à la Faculté, comme chargé de cours théoriques, et à la clinique Baudelocque, comme suppléant du professeur Pinard.

Mettant en œuvre avec ses ataviques qualités pédagogiques les documents anatomiques et cliniques qu'il avait réunis en

grand nombre, Varnier s'efforça d'imprimer à la future pratique obstétricale des élèves une direction scientifique. « L'étudiant, ainsi qu'il l'a dit lui-même, prétend tout comme son maître raisonner sa direction, savoir où il va, par où il passe, reconnaître les feux de route, les bouées et les balises. Piloté aujourd'hui, il sera demain seul à la barre : il sent la nécessité d'une carte fidèlement repérée. » C'est cette carte que Varnier lui mettait en main dans ses leçons si vivantes, illustrées par un riche matériel de planches murales, de projections photographiques et de schémas articulés à la manière de Farabeuf.

Une partie de ces leçons a été publiée dans un livre *l'Obstétrique journalière* (1900). Cette « œuvre essentiellement personnelle, qui fera époque dans les Annales de l'Obstétrique française », selon les propres termes du vénéré doyen des accoucheurs français, le professeur F.-J. Hergott, restera notre évangile scientifique et pratique en matière d'eutocie.

L'autorité de Varnier allait grandissant, et lorsqu'en 1899 se fonda à Paris la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, il en fut élu secrétaire général.

Toujours sur la brèche, versant aux débats des documents admirablement étudiés et depuis longtemps tenus en réserve, apportant dans les discussions les lumières de son esprit critique, il fut l'âme de cette Société.

Il entrait d'ailleurs dans une phase nouvelle de sa vie scientifique.

Son expérience et sa compétence lui permettaient d'aborder et de résoudre les grandes questions de thérapeutique obstétricale. Son rapport au Congrès de Moscou sur la symphyséotomie, son rapport au Congrès de Nantes sur le traitement des ruptures utérines, ses nombreuses communications à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie montrent avec quelle rigoureuse précision il avait

enregistré les faits, avec quelle sagacité il les avait analysés, avec quelle envergure il avait su en faire la synthèse.

Sa situation d'accoucheur à Paris devenait prééminente. Son habileté opératoire, sa conscience, son inlassable dévouement, son parfait désintéressement l'avaient fait apprécier et aimer. Partout s'imposait la personnalité de ce jeune maître, grand, mince, distingué d'allure et de manières, au geste sobre, à l'œil franc, au masque tantôt sévère et tendu par l'émotion ou l'effort cérébral, tantôt éclairé et affiné par la douceur d'un sourire qui dévoilait l'exquise sensibilité d'un cœur très bon et la verve d'un esprit aussi alerte que délicat.

Sa maîtrise s'affirmait : il avait des élèves ! Il ne fut pas seulement pour eux le grand frère aîné qui aide, conseille et guide ses cadets. Il fut le maître qui met aux mains de ses disciples l'outil qui leur permettra d'édifier à leur tour; il fut le maître qui donne à ses disciples l'exemple des plus hautes qualités morales : la loyauté, le courage et la plus inflexible probité intellectuelle et morale.

C'est dans le plein épanouissement de cette maturité qu'il allait disparaître.

Déjà ébranlée depuis un deuil cruel, la mort de son fils, et une rupture que les circonstances lui imposèrent, sa santé devenait précaire. Pendant de longs mois il lutta, se raidissant contre la douleur, laissant à peine deviner à ses intimes le mal qui allait le terrasser.

Son activité physique se restreignait. Elle ne pouvait plus, comme autrefois, se dépenser dans les salles de la clinique Baudelocque, dans le musée qu'il y avait constitué, dans le laboratoire où il avait poursuivi ses recherches de radiographie.

Il se consacra alors presque exclusivement à des travaux historiques. Une étude sur les origines du forceps, commen-

cée à l'occasion de ses dernières leçons d'agrégé, l'avait conduit à rechercher les origines de l'enseignement obstétrical d'état. Il s'enfonça dans les archives de notre Faculté, dans ces fameux *Commentaires* dont il entreprit la publication. Passionné pour le siècle de Levret, il rêva de faire revivre cette période glorieuse entre toutes de notre histoire médicale. Son œuvre reste inachevée; des fragments seulement en ont été publiés par lui à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie. Et la dernière fois qu'il y parut ce fut pour raconter à ses collègues les dernières années et les derniers moments de Levret. C'était le 21 juillet 1902.

En septembre, une violente crise d'asystolie le terrassa, et, après trois longs mois de souffrances virilement supportées, il partit pour Costebelle, près d'Hyères, et y mourut le 31 décembre.

Jusqu'à son dernier jour, immobilisé sur son lit ou dans son fauteuil, il travailla, annotant les Commentaires de cette Faculté à laquelle il devait faire et fit tant honneur.

A. Couvelaire.

RAPPORT SUR LA PUÉRICULTURE DANS SES PÉRIODES INITIALES

Par M. A. Pinard.

Ayant mission de rechercher les causes de la mort de l'être humain aux différentes périodes de la vie, et les moyens de les atténuer ou de les faire disparaître, la Commission de la Mortalité m'a fait l'honneur de me demander un rapport sur la *puériculture dans ses conditions initiales* (*Puériculture avant la procréation. Puériculture depuis la conception jusqu'à la naissance*).

J'ai donc eu à étudier trois chapitres :

1° La fréquence de la mortalité avant la naissance, ou *Mortinatalité ;*

2° Les causes qui peuvent produire la mort de l'enfant avant sa naissance ;

3° Les causes qui, tout en ne produisant pas la mort pendant cette période, font naître l'enfant dans des conditions compromettant plus ou moins son existence future (*léthalité*).

Ce sont ces trois chapitres que je vais brièvement exposer en les faisant suivre de conclusions qui me paraissent se dégager naturellement de l'étude des faits.

CHAPITRE PREMIER

DE LA MORTINATALITÉ AU POINT DE VUE DE SA FRÉQUENCE

Il est impossible actuellement d'établir avec rigueur la fréquence absolue de la mortinatalité, et cela pour deux raisons : d'une part, les statisticiens ne donnent pas tous la même signification au terme de *mort-né*, et, d'autre part, tous les mort-nés ne sont pas déclarés.

Quelques auteurs désignent sous le nom de *mort-né* tout produit de conception expulsé sans vie de l'organisme maternel, sans tenir compte ni de son âge ni de l'époque de sa mort (avant ou pendant l'accouchement).

D'autres auteurs, au contraire, réservent l'appellation de *mort-nés* aux fœtus morts âgés de plus de 6 mois, et donnent le nom *d'avortons* aux produits expulsés avant cet âge.

Ainsi, dit Bertillon père, « mort-né doit se dire exclusivement d'un enfant né sans vie, ou plutôt n'ayant pas respiré ; mais dont le développement égale ou dépasse 25 centimètres de long, parce que cette longueur suppose une vie intra-utérine de plus de 6 mois » (1).

Enfin, dans les documents officiels, on trouve réunis sous la dénomination de mort-nés, non seulement les vrais mort-nés, mais encore tous les nouveau-nés qui, expulsés vivants, sont morts avant leur inscription sur les registres. — Dans certains pays où les registres sont restés entre les mains du clergé, les enfants mort-nés et les enfants nés vivants mais morts sans baptême sont rangés dans la même catégorie. On peut donc dire avec Bertillon père : « en statistique la définition du mort-né varie avec les pays ».

Dans ces conditions, il est inutile d'insister pour faire comprendre que l'étude de toutes les statistiques actuelles ne donne et ne peut donner que des résultats tout au plus relatifs, pour ne pas dire trompeurs. « On conçoit dès lors combien ce défaut de détermination uniforme des mort-nés frappe d'inexactitude la démographie comparée des nations, pourtant si instructive. » (Bertillon.)

Cependant, sur un point, tous les statisticiens sont unanimes. Tous qualifient de mort-nés les *avortons*, qu'ils aient été expulsés morts ou vivants, et cela pour la raison qu'ils n'ont pas respiré. Ils n'ont fait du reste que suivre l'exemple des accoucheurs, qui donnent indistinctement le

(1) Article « Mort-né », du *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. X, 2e série, p. 2, 1876.

nom d'avortement à toute expulsion de fœtus avant le sixième mois, que le produit soit expulsé *vivant* ou expulsé *mort* après un séjour plus ou moins long dans l'organisme maternel.

Or, je n'hésite pas à dire que réunir sous la même dénomination d'*avortement* toute expulsion de fœtus avant le sixième mois, et qualifier de mort-né tout fœtus dont la longueur dépasse 25 centimètres, constitue non seulement une habitude fâcheuse et une confusion regrettable, mais une véritable erreur scientifique, et, cela, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue statistique.

Particulièrement en ce qui concerne notre étude, il y a une différence capitale entre l'expulsion d'un fœtus mort qui n'était plus qu'un corps étranger et l'expulsion d'un fœtus vivant, dont l'expulsion prématurée constitue la léthalité. Des causes bien différentes agissent dans l'un et l'autre cas, et, par cela même, des moyens différents doivent leur être opposés.

Sans m'étendre davantage sur ce sujet, je me résume en disant : Il n'existe pas, à l'heure actuelle, une seule statistique donnant, pour une population connue, le nombre total des grossesses n'aboutissant pas à l'expulsion d'un fœtus vivant et viable (1).

Cette statistique devrait contenir :

1° Le nombre des fœtus morts pendant la grossesse ;

2° Le nombre des fœtus vivants expulsés avant leur viabilité ;

3° Le nombre des fœtus morts pendant le travail.

Ces données statistiques pourraient seules permettre de connaître exactement la fréquence absolue de la mortinatalité. Sont-elles réalisables ? Je ne le crois guère, au moins pour les premières périodes de la grossesse. Il y aura toujours un nombre plus ou moins considérable de conceptions dont le

(1) Cette catégorie devrait comprendre tous les cas où le fœtus, frappé de mort dès le début de la vie intra-utérine, se dissout dans l'œuf, ce qui constitue, lors de l'expulsion entière ou partielle, *l'œuf clair*.

Mortinatalité comparée en Suède de 1831 à 1875 (1).

Périodes	Mort-nés par 1.000 naissances.
—	—
1831-1835	29,30
1861-1870 . . . . , ...	32,70
1871-1875	32,20

Tableau donnant le nombre des naissances totales et des mort-nés depuis 1840 jusqu'en 1900 (2).

ANNÉES	NOMBRE DE MORT-NÉS pour 100 (Naissances totales)		ANNÉES	NOMBRE DE MORT-NÉS pour 100 (Naissances totales)	
	ENFANTS LÉGITIMES	ENFANTS NATURELS		ENFANTS LÉGITIMES	ENFANTS NATURELS
1	2	3	4	5	6
1840...........	»	»	1871...........	4,32	8,77
1841	2,88	6,30	1872...........	4,03	8,29
1842...........	2,91	6,19	1873...........	4,17	8,29
1843...........	3,00	6,42	1874...........	4,15	8,28
1844...........	3,22	6,18	1875...........	4,12	7,99
1845...........	3,14	6,51	1876...........	4,17	7,54
1846...........	3,20	6,49	1877...........	4,16	7,33
1847...........	3,26	6,93	1878...........	4,18	7,21
1848...........	3,24	7,06	1879...........	4,22	7,[illegible]0
1849...........	3,39	6,76	1880...........	4,06	7,68
1850...........	3,46	7,17	1881...........	4,14	8,27
1851...........	3,34	8,41	1882...........	4,22	8,11
1852...........	3,50	6,60	1883...........	4,16	7,79
1853...........	3,77	6,22	1884...........	4,33	7,66
1854...........	3,91	6,75	1885...........	4,24	7,83
1855.......... .	3,84	6,55	1886...........	4,26	7,82
1856...........	3,86	7,16	1887.....	4,21	8,23
1857...........	4,02	7,15	1888...........	4,28	7,37
1858...........	4,04	7,47	1889...........	4,29	7,86
1859...........	4,11	7,30	1890...........	4,30	7,81
1860.......... .	4,16	7,69	1891...........	4,38	7,72
1861	4,02	7,34	1892...........	4,41	7,34
1862...........	4,02	7,82	1893...........	3,36	7,26
1863.....	4,01	7,61	1894...........	4,40	7,51
1864...........	4,15	7,68	1895...........	4,41	7,77
1865...........	4,18	7,76	1896...........	4,43	7,31
1866.....	4,23	7,99	1897...........	4,42	7,38
1867...........	4,15	7,80	1898...........	4,27	6,88
1868...........	4,19	7,99	1899...........	4,25	6,87
1869...........	4,27	7,98	1900...........	4,29	6,95
1870...........	»	»			

(1) ÉMILE MACQUART, *loco citato*.

(2) D'après la *Statistique annuelle du mouvement de la population* publiée par les soins du Ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes (Direction du Travail).

De tous ces tableaux se dégage ce fait, à savoir que partout, à l'étranger comme en France, la proportion des mort-nés dans le nombre des naissances totales annuelles *paraît* être en augmentation. Ainsi, en France, la proportion pour 100 naissances totales a passé de 1840 à 1900 :

Pour les enfants légitimes, de 2,88 à 4,29 ;

Pour les enfants illégitimes, de 6,30 à 6,95.

Cette augmentation du taux de la mortinatalité est-elle réelle ou apparente ?

Pour quelques auteurs la question n'est pas douteuse, il y a augmentation progressive.

D'après Bertillon père, le nombre des mort-nés s'accroît d'une façon continue. Cette accroissement porte aujourd'hui exclusivement sur les naissances illégitimes, et cela depuis que le système de la suppression des tours a triomphé.

Selon M. Émile Macquart, il y aurait réellement une augmentation du taux de la mortinatalité, mais elle serait due à la diminution de notre force génératrice.

Je ne partage ni l'une ni l'autre de ces opinions. Les chiffres ci-dessus démontrent que, depuis 1871, la mortinatalité illégitime a subi une diminution : de 8,77 en 1871, elle est tombée à 6,95 en 1900, et je ne sache pas que les tours aient été rétablis en un endroit quelconque de notre pays.

D'un autre côté, l'hypothèse de la diminution de notre force génératrice ne repose sur aucun fait d'observation, sur aucun document sérieux.

Les lignes suivantes, dues aux auteurs des 29e et 30e *volumes de la Statistique annuelle du mouvement de la population* pour les années 1899 et 1900 me paraissent être bien davantage — quoique sous forme dubitative — l'expression de la vérité.

« Il ne faudrait cependant pas attacher trop d'importance à ces résultats : ils proviennent peut-être simplement de l'amélioration progressive des statistiques relatives aux mort-nés, qu'on ne saurait tenir pour extrêmement précises ; il est en effet certain qu'un grand nombre d'accouchements préma-

turés, produisant des mort-nés, ne donnent lieu à aucune déclaration. » (Page 83.)

Telle est à mon sens la vérité. Je vais en donner la preuve. Si l'augmentation du taux de la mortinatalité était réelle, elle ne saurait être plus rigoureusement mise en évidence que par l'étude des documents recueillis et publiés depuis un siècle dans les Maternités. Les éléments de la statistique, les procédés de classement statistique des faits, n'ont en effet pas varié.

Or, voici deux statistiques qui vont me permettre de faire cette comparaison.

Table énumérative des accouchements observés depuis le 1er germinal an XI jusqu'au 31 décembre 1811 à la Maternité de Paris (1).

NOMBRE			
Total des enfants.	Des enfants nés vivants et viables.	Des enfants nés morts ou mourants.	Des enfants nés putréfiés.
—	—	—	—
15.652	14.963	149	540
	99 0/0	0,98 0/0	3,58 0/0

Table énumérative des accouchements observés depuis le 1er janvier 1812 jusqu'au 31 décembre 1820 (2).

NOMBRE				
Total des enfants.	Des enfants viables.	Des enfants faibles ou prématurés.	Des avortons.	Des enfants morts.
—	—	—	—	—
22.243	20.648	633	116	837
	97 0/0	3,28 0/0		3,90 0/0

(1) In *Pratique des accouchements*, par Mme LACHAPELLE, publié par A. Dugès, 1825, à la fin du 1er volume.

(2) In *Pratique des accouchements*, par Mme LACHAPELLE, à la fin du 2e volume.

Tableau donnant la totalité des naissances d'enfants vivants et mort-nés observées à la clinique Baudelocque de 1891 à 1900.

	ENFANTS				
Années	Vivants à la naissance.	Morts pendant la grossesse.	Morts pendant le travail.	Morts après la naissance.	Sortis vivants.
1891. . . .	1.571	52	27	82	1.489
1892. . . .	1.736	48	27	56	1.680
1893. . . .	1.833	45	16	63	1.770
1894. . . .	2.043	53	20	53	1.990
1895. . . .	1.957	86	27	90	1.867
1896. . . .	2.160	104	41	62	2.098
1897. . . .	2.161	82	39	50	2.112
1898. . . .	2.165	61	45	77	2.088
1899. . . .	2.358	65	40	74	2.284
1900. . . .	2.311	65	29	87	2.221
Totaux. .	20.596	661	311	694	19.599
	661	3,10 0/0	1,5 0/0	3,42 0/0	97,6 0/0
Ensemble.	21.257				
	96,6 0/0				

Ces statistiques, portant sur les dix premières et sur les dix dernières années du dix-neuvième siècle, me paraissent démontrer péremptoirement que la mortinatalité naturelle est restée à l'état stationnaire, car, avec un recrutement dont les éléments n'ont pas changé, avec des procédés d'enregistrement qui sont restés les mêmes, les résultats sont sensiblement égaux.

Les registres de Mme La Chapelle donnent une mortinatalité de 3,58 pendant les dix premières années du siècle dernier. Les registres de la clinique Baudelocque donnent une mortinalalité de 3,10.

Il résulte de ces faits que *l'augmentation du taux de la mortinatalité naturelle ne peut être incriminée comme facteur de la dépopulation en France.*

En est-il de même pour la mortinatalité criminelle ? Nul doute qu'elle ne soit très élevée ; mais les documents sérieux,

les éléments positifs, permettant d'apprécier et de résoudre cette question, font défaut.

Quoi qu'il en soit, nous devons rechercher si la mortinatalité naturelle, telle que nous la connaissons, peut être diminuée. Pour cela je vais exposer les causes qui déterminent la mort des produits de conception avant la naissance.

CHAPITRE II

CAUSES DE LA MORTINATALITÉ

Les causes de la mort du produit de conception avant la naissance, si nombreuses et si variées, peuvent et doivent être divisées en deux grandes classes :

1° Causes primitives, originelles, ressortissant *à la graine ;*

2° Causes secondaires, ressortissant *au terrain.*

Je vais esquisser ces deux chapitres.

1° *Causes primitives, originelles, ressortissant à la graine :*

On sait, ou plutôt *il faut qu'on sache,* que les éléments cellulaires qui donnent la vie peuvent en même temps donner la mort.

Une graine *avariée* peut conserver sa puissance de fécondation, mais elle ne transmet alors qu'une impulsion évolutive insuffisante, incomplète ou anormale. Plus ou moins péniblement, les périodes initiales de la vie du nouvel être conçu dans ces conditions peuvent seules être accomplies. La mort, à délai plus ou moins bref, est fatale.

Or nombreuses, hélas ! sont les causes qui peuvent amoindrir ou perturber la puissance des forces procréatrices.

Tous les individus malades ne peuvent engendrer que des êtres malades.

Et, par un individu malade, il faut tout aussi bien comprendre l'individu malade de par son hérédité, malade de par une affection acquise, que l'individu bien portant mais intoxiqué accidentellement au moment même de la procréation.

Pour procréer un être sain et vigoureux, c'est-à-dire présentant toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine, il

faut que les deux procréateurs, au moment même de la procréation, soient au point de vue physique et moral au maximum de l'euryhtmie.

Mais, je n'ai pas à m'étendre sur ce sujet d'un ordre si élevé et si important.

Mon rôle doit se borner ici à rechercher et à mettre en évidence les causes de la mortinatalité relevant de la procréation elle-même.

On peut dire que toutes les infections, toutes les intoxications d'un et *a fortiori* des deux procréateurs sont facteurs de mortinatalité. L'expérimentation en donne la preuve irréfutable (1).

Les résultats obtenus par Charrin dans ses nombreuses expériences lui ont permis de donner la formule suivante : « Quand on soumet les mâles et les femelles à des intoxications très lentes, très progressives, très prolongées, par des toxines, on obtient la stérilité, l'avortement, la mortinatalité, le nanisme, des difformités variables. »

La clinique a permis depuis longtemps de faire les mêmes observations dans l'espèce humaine et de faire toucher du doigt l'hérédité pathologique.

Dès 1860, Constantin Paul a fait connaître ce que déterminait sur le produit de conception l'intoxication, même légère, par le plomb, d'un des générateurs ou des deux. Il a démontré en réunissant de nombreuses observations que les enfants des saturnins meurent le plus souvent pendant la vie intra-utérine, ou, s'ils naissent vivants, meurent presque toujours pendant les trois premières années.

---

(1) Voyez l'influence de l'infection sur les produits de la génération, par CHARRIN et GLEY. *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, t. III, 9e série, 1891, p. 809. — De l'hérédité, par les mêmes (t. IV, 9e série, p. 819). — Influences des maladies de la mère sur le développement de l'enfant (CHARRIN et NABER, t. IV, 9e série, p. 703).

Académie des sciences, 6 novembre 1893, à propos de *l'Influence sur la descendance*, par CHARRIN et GLEY. *Archives de physiologie*, 1893-1895. PINARD, De la conservation et de l'amélioration de l'espèce. *Revue scientifique*, 1899.

Roques et Rennert par leurs observations ont confirmé les faits articulés par Constantin Paul.

Le docteur Justin Balland, en 1896, a relevé dans mon service à la clinique Baudelocque, chez 13 femmes manifestement *saturnines*, 56 gestations, qui ont donné 21 accouchements à terme, 9 prématurés, 26 avortements. Et par des expérimentations faites en collaboration avec le professeur Pouchet il est arrivé à des résultats absolument semblables à ceux de Charrin (1).

Ne pouvant dans un travail du genre de celui-ci passer en revue l'histoire de toutes les intoxications et de toutes les infections dans leurs rapports avec la mortinatalité, je considère qu'il est cependant absolument nécessaire de mettre en relief le rôle si prédominant de la *syphilis* comme facteur de la mortinatalité. Si Doublet, Mahon, Bertin avaient déjà reconnu et annoncé, au commencement du siècle dernier, que la syphilis est héréditaire, c'est surtout depuis vingt-cinq ans, c'est-à-dire depuis les recherches et les travaux incessants du professeur Fournier, que nous sommes documentés sur l'histoire de l'hérédo-syphilis. Plus récemment, une étude magistrale, due au docteur Edmond Fournier, est venue démontrer qu'à côté de l'hérédité similaire, homologue, transmettant la syphilis en nature et en puissance, on pouvait observer la fréquence de l'hérédité dissemblable, hétérologue, se manifestant par des stigmates dystrophiques.

Et, depuis quelques années, a commencé l'étude de la fréquence de la mortinatalité causée par la syphilis (2).

---

(1) Constantin Paul, *Arch. gén. de médecine*, 1860, 5e série, t. XV, p. 513. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1861, et Th. inaug., Paris, 1861.

Roques, Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente. *Comptes rendus de la Société biol.*, 1872, t. IV, p. 343-345, et Th. inaug., Paris, 1873.

Rennert, *Arch. de gyn.*, 1871, t. XXVIII, p. 109.

Justin Balland, *Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'avortement*. Thèse, 1896.

(2) Doublet, *Mémoire sur les symptômes, le traitement des maladies vénériennes dans les enfants nouveau-nés*. Paris, 1871.

Louis Lamove Mahon, *Recherches importantes sur l'existence, la na-*

A ce propos, je dois déclarer que les résultats fournis par les statistiques générales doivent être accueillis avec toutes réserves.

Aussi, je ne m'appuierai que sur les travaux renfermant des documents véritablement scientifiques, c'est-à-dire où toutes les observations ont été soumises au crible du contrôle et de la compétence.

Du 1[er] janvier 1890 au 31 décembre 1899, il est né à la clinique Baudelocque 20.399 enfants.

617 (314 filles, 256 garçons et 47 fœtus dont le sexe n'a pas été déterminé) avaient succombé pendant la grossesse.

La syphilis a été reconnue comme cause de la mort dans 264 cas, — soit dans 42,7 p. 100 *des cas.*

Dans ses recherches faites à la clinique du professeur Alphonse Herrgott (Maternité de Nancy), le docteur Vigneron (1) a enregistré les chiffres ci-dessous concernant les naissances d'hérédo-syphilitiques :

Années	Nombre total d'accouchements	Mort-nés macérés vivants n'ayant pas vécu.	Vivants et ayant vécu.	Avortements	Totaux	0/0
—	—	—	—	—	—	—
1895...	411	7	3	4	14	3,90
1896...	459	10	3	8	21	4,50
1897...	533	15	5	7	27	5,06
1898...	629	16	8	10	34	5,40
1899...	613	15	12	11	38	6,19
1900...	556	23	15	14	52	9,35

ture et la communication syphilitiques chez les femmes enceintes, les nouveau-nés et chez les nourrices, Paris, 1804.

BERTIN, *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau nés, les femmes enceintes et les nourrices.* Paris, 1818.

JEAN-ALFRED FOURNIER, *Syphilis et mariage*, 1880 et 1890; *Syphilis héréditaire tardive*, 1886. *Hérédité syphilitique*, 1891, etc. etc.

ED. FOURNIER, *Des stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, 1898.

JACQUES SENTEX, *Des causes de la mort du produit de conception pendant la grossesse*, 1901.

PINARD et LEPAGE, *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1890 à 1901.

(1) V. VIGNERON, *De la prostitution clandestine à Nancy. Esquisse d'hygiène sociale.* Nancy, 1901, p. 14.

Ce tableau montre que la mortinatalité par syphilis a été plus élevée à Nancy qu'à Paris de 1895 à 1900.

Mais je dois faire remarquer que, pendant ce laps de temps, par suite de conditions particulières, la syphilis avait pris dans la ville de Nancy une extension considérable. Des mesures ont été prises qui ont modifié cet état de chose lamentable. Quoi qu'il en soit et sans recourir à d'autres statistiques on peut et on doit proclamer que la *syphilis est la plus fréquente des causes de la mort du produit de conception pendant la grossesse.*

Enfin, en terminant ce chapitre, je dois mentionner encore l'influence nocive de *l'intoxication alcoolique aiguë ou chronique* sur le produit de conception. Si les preuves anatomiques font défaut, les observations cliniques permettent d'affirmer combien sont nombreuses les victimes procréées par des générateurs en puissance d'intoxication alcoolique aiguë ou chronique.

2° *Causes secondaires ressortissant au terrain* :

Aussitôt après la conception, le nouvel être va vivre d'une vie spéciale végétative, toute dépourvue d'initiative et qui demande, pour s'accomplir d'une façon naturelle et physiologique, des conditions particulières du terrain ou de l'organisme dans lequel cet âge doit être vécu. C'est la *vie intra-utérine* pour le fœtus, c'est pour la mère l'état de *grossesse* ou de gestation. Pendant ce temps la mère ne doit pas seulement donner la chaleur, comme dans l'incubation, mais elle doit fournir en plus le *logement* et la *nourriture*. Aussi comprend-on de suite combien les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvera la mère auront une répercussion puissante, immédiate et directe sur le produit de conception qu'elle est chargée de contenir et de nourrir.

Je ne veux pas insister sur les causes générales qui rendent ce rôle incomplet ou insuffisant : ces causes sont parfaitement connues et ont été mises en lumière par les philanthropes et les statisticiens qui, pour la plupart, sont nos collègues dans cette Commission.

Ces causes générales, démontrées depuis longtemps, permettent d'affirmer à l'avance que toute femme enceinte en état de misère se trouvera dans des conditions déplorables au point de vue de la nutrition de son enfant. Les travaux de notre collègue Drouineau sur la mortinatalité chez les filles-mères, les tables de mortinatalité dans les années de disette dressées par notre collègue J. Bertillon, ont mis suffisamment ce fait en évidence, et je n'insisterai donc pas sur ce point.

Mais, dans le chapitre qui suit, je vais m'efforcer de démontrer la cause qui produit l'expulsion du produit de conception avant son développement complet, qui abrège la durée de la vie intra-utérine et qui, comme je le prouverai plus loin, produit des êtres ne pouvant vivre de la vie personnelle ou qui, vivant, ne sont que des débiles et ne peuvent guère constituer plus tard que des *déchets sociaux*.

CHAPITRE III

DES CAUSES QUI ABRÈGENT LA DURÉE DE LA VIE INTRA-UTÉRINE (LÉTHALITÉ)

Je ne veux et ne dois m'occuper ici ni de l'influence des maladies de l'organisme maternel pendant la grossesse, ni de toutes les questions qui ressortissent à la médecine proprement dite. Je ne m'occuperai pas davantage des causes accidentelles et exceptionnelles qui peuvent produire une expulsion prématurée. Je n'envisagerai que l'influence des conditions dans lesquelles vit la femme en état de grossesse sur la durée du développement du produit de conception.

Je le dis de suite et je le prouverai plus loin, l'influence de ces conditions est capitale.

Le facteur commun et si puissamment dangereux qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1895.

exempte de toute maladie et que l'enfant issu de graine saine se développe d'une façon normale, c'est le *surmenage*.

Si je ne puis ici faire un exposé de physiologie pathologique, c'est-à-dire expliquer de quelle manière le surmenage agit, je vais tout au moins essayer de démontrer la véracité de mon affirmation et en donner des preuves.

Et, pour cela, je vais exposer le résumé des travaux entrepris pour rechercher les conditions qui peuvent augmenter : 1° le poids moyen des enfants ; 2° la durée de la grossesse.

I. — Preuves démontrant l'influence du repos pendant la grossesse sur le poids des enfants.

A. — J'ai calculé le poids moyen des enfants nés à la clinique Baudelocque de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement — s'étant reposées dix jours au refuge de l'avenue du Maine — s'étant reposées plus de dix jours au dortoir de la clinique.

Voici le résultat de cette statistique :

500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'à leur accouchement ont donné un poids total de 1.505.000 grammes ; par enfant. . . . . 3.010 gr.

500 enfants nés de femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge de l'avenue du Maine ont donné un poids total de 1.645.000 grammes ; par enfant. . . . . 3.229 gr.

500 enfants nés de mères ayant séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque ont donné un poids total de 1.683.000 grammes ; par enfant . . . . . 3.366 gr.

B. — D'après mes conseils et mes indications, M. le docteur François-C. Bachimont (1) a recherché quel est le poids moyen des enfants chez les femmes :

1° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse ;

(1) *Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine*, 1898.

	Professions non fatigantes. — grammes
[illegible]	3.142,05
[illegible]	3.349,88
[illegible]	3.294,06
[illegible]	3.329,05
[illegible]	3.475,38
[illegible]	16.590,87
[illegible]	3.318,17

[illegible]*ants.*

	Avec repos — grammes
[illegible]	3.198,38
[illegible]	3.338,19
[illegible]	3.205,33
[illegible]	3.240,00
[illegible]	3.616,66
[illegible]	16.598,56
[illegible]	3.319,71

	Avec repos — grammes
[illegible]	3.142,05
[illegible]	3.349,88
[illegible]	3.294,06
[illegible]	3.329,50
[illegible]	3.475,38
[illegible]	16.590,87
[illegible]	3.318,17

	Age moyen.	Poids moyen.
	—	—
70 multipares ménagères, couturières, de la Maternité de Tourcoing. . .	27,32	3 kg. 323
388 multipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	29,67	3 kg. 303
55 primipares mécaniciennes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement.	28,80	3 kg. 201
301 multipares s'étant reposées 2 à 3 mois.	27,43	3 kg. 457
234 multipares s'étant reposées plus de 3 mois.	26,90	3 kg. 457
531 multipares s'étant reposées	27,17	3 kg. 457

Ce tableau récapitulatif, qui porte sur 4.455 observations, démontre, il me semble, avec une rigueur mathématique l'influence du repos ou de la fatigue, pendant la grossesse, sur le poids du produit de conception, puisqu'il fait voir que : *le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée 2 à 3 mois est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.*

C. — Dans un travail fait à notre instigation à la clinique Baudelocque par le docteur Letourneur, sur l'influence de la profession de la mère (1), nous trouvons les chiffres ci-dessous :

Influence des professions sur le poids moyen des enfants.

SANS REPOS

	Professions fatigantes.	Professions non fatigantes.
	—	—
	grammes.	grammes.
I pares.	2.950,95.	2.945,82
II —	3.126,27.	3.212,50
III —	2.977,33.	3.118,94
IV —	2.898,75.	3.169,16
V —	3.456,25.	3.202,50
Totaux.	15.409,55.	15.650,00
Par enfant. . .	3.081,91.	3.130,00

(1) Docteur L. Letourneur, *De l'influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant*, 1897.

AVEC REPOS

	Professions fatigantes. — grammes	Professions non fatigantes. — grammes
I pares.	3.198,38	3.142,05
II —	3.338,19	3.349,88
III —	3.205,33	3.294,06
IV —	3.240,00	3.329,05
V —	3.616,66	3.475,38
Totaux.	16.598,56	16.590,87
Par enfant. . .	3.319,71	3.318,17

Influence du repos sur le poids moyen des enfants.

PROFESSIONS FATIGANTES

	Sans repos — grammes	Avec repos — grammes
I pares.	2.950,95	3.198,38
II —	3.126,27	3.338,19
III —	2.977,33	3.205,33
IV —	2.898,75	3.240,00
V —	3.456,25	3.616,66
Totaux.	15.409,55	16.598,56
Par enfant. . .	3.081,91	3.319,71

PROFESSIONS NON FATIGANTES

	Sans repos — grammes	Avec repos — grammes
I pares.	2.946,82	3.142,05
II —	3.212,58	3.349,88
III —	3.118,94	3.294,06
IV —	3.159,16	3.329,50
V —	3.202,50	3.475,38
Totaux.	15.650,00	16.590,87
Par enfant. . .	3.130,00	3.318,17

L'auteur termine son travail par ces conclusions (1) :

1° Les femmes qui ont une profession fatigante mettent au monde des enfants moins gros que celles qui ont une profession non fatigante. Il y a une différence moyenne de 50 grammes au profit des enfants de ces dernières ;

2° Quelle que soit leur profession, les femmes qui se reposent pendant leur grossesse mettent au monde des enfants d'un poids sensiblement égal, mais qui dépasse en moyenne de 200 grammes celui des enfants des mêmes femmes ne se reposant pas.

D. — Le docteur A. Bachimont (2) a établi, d'après les documents recueillis à la clinique Baudelocque, l'influence du repos sur le poids des enfants dans les grossesses gémellaires.

Sa statistique porte sur 225 grossesses gémellaires. En voici les résultats :

1° *Enfants des femmes qui se sont reposées* :

Chez ces femmes, le poids moyen des enfants a été :

A la naissance.		*A la sortie de Baudelocque.*	
1er enfant. . .	2.500 grammes.	1er enfant. . .	2.640 grammes.
2e — . . .	2.480 —	2e — . . .	2.580 —

2° *Enfants des femmes qui ne se sont pas reposées* :

Chez ces femmes, le poids moyen a été :

A la naissance.		*A la sortie de Baudelocque.*	
1er enfant. . .	1.935 grammes.	1er enfant. . .	2.030 grammes.
2e — . . .	1.900 —	2e — . . .	2.025 —

(1) L'influence du repos sur les femmes ayant des grossesses gémellaires se montre avec autant d'évidence que chez les femmes ayant une grossesse simple, ainsi qu'en témoignent les tableaux suivants, dus aux recherches du docteur A. Bachimont.

(2) ALEXANDRE BACHIMONT, *De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires*. Th. Doct. Paris, 1899. Résumé des pp. 17, 18 et 19.

3° *Enfants des femmes qui n'ont pas donné de renseignements* :

Chez ces femmes, le poids moyen a été :

A la naissance.		*A la sortie de Baudelocque.*	
1er enfant . . .	2.180 grammes.	1er enfant . . .	2.175 grammes.
2e — . . .	2.150 —	2e — . . .	2.180 —

Chez les enfants des femmes qui se sont reposées, le poids moyen au moment de la naissance a été :

Pour le 1er enfant : 2.500 grammes. A la sortie de Baudelocque . . . . 2.640 gr.
Pour le 2e enfant : 2.480 grammes. A la sortie de Baudelocque . . . . 2.580 gr.

Chez les enfants des femmes qui ne se sont pas reposées, le poids moyen au moment de la naissance a été :

Pour le 1er enfant : 1.935 grammes. A la sortie de Baudelocque . . . . 2.030 gr.
Pour le 2e enfant : 1.900 grammes. A la sortie de Baudelocque . . . . 2.025 gr.

II. — Preuves démontrant l'influence du repos sur la durée de la grossesse.

La durée exacte de la grossesse étant jusqu'à présent impossible à préciser, j'ai recherché, chez les femmes s'étant reposées et chez les femmes privées de repos, le laps de temps écoulé entre la dernière menstruation et l'accouchement. Ces deux points de repère bien établis, et les mois d'essai étant les mêmes chez les unes et chez les autres, une comparaison significative peut s'ensuivre.

A. — Le dépouillement de nos observations de la clinique Baudelocque m'a donné la proportion ci-dessous (1) :

Chez 1.000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de

(1) PINARD, *Clinique obstétricale*, 1889, p. 51.

l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus	482 fois.
De 270 — à 280	279 —
Au-dessous de 270	239 —

Chez 1.000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus	660 fois.
De 270 — à 280	214 —
Au-dessous de 270	126 —

B. — Mme Livcha Sarraute-Lovrié, docteur en médecine de la Faculté de Paris, a fait des recherches analogues à la Maternité de Lariboisière et à l'asile Michelet, qui est un refuge municipal pour les femmes enceintes. Prenant comme point de départ le 15e jour après la dernière menstruation, elle a obtenu les résumés ci après (1).

Première série. — En comparant la durée de la gestation de 1.000 femmes qui se sont reposées à l'asile Michelet et celle de 1.000 femmes qui ont accouché à l'hôpital Lariboisière sans repos préalable, on trouve que la durée moyenne de la gestation est :

ASILE MICHELET	**HOPITAL LARIBOISIÈRE**
Primigestes, reposées.	*Primigestes*, non reposées.
544 primigestes se répartissent de la façon suivante : *a*) pour 423 primigestes admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la moyenne de la durée de gestation est de 271 jours 85.	Pour 384 primigestes, la durée moyenne de la gestation est de 246 *jours* 48.

(1) Livcha Sarraute-Lovrié, *De l'influence du repos sur la gestation.* Étude statistique. Th. Doct. Paris, 1899, pp. 66, 67 et 68.

b) Pour 114 primigestes admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la moyenne de la gestation est de 273 jours 45.

c) Pour 17 primigestes admises enceintes de moins de 7 mois, la durée moyenne de la gestation est de 268 j. 66.

Moyenne totale : Pour 544 primigestes, la durée moyenne de la gestation est de 272 *jours* 08.

Pluripares, reposées.

324 pluripares se répartissent de la façon suivante :

a) Pour 263 pluripares admises enceintes de 7 mois à 8 mois et demi, la durée de la gestation est de 269 jours 38.

b) Pour 44 pluripares admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée de la gestation est de 269 jours 28.

c) Pour 17 pluripares admises enceintes de moins de 7mois, la moyenne de la durée de la gestation est de 270 jours.

Moyenne totale : Pour 324 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 269 jours 39.

Pluripares, non reposées.

Pour 420 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 247 jours 92.

Deuxième série. — La même comparaison faite sur une série de 550 femmes pour l'asile Michelet et de 550 femmes pour l'hôpital Lariboisière a donné à peu près les mêmes résultats :

Multipares, reposées.

102 *multipares* se répartissent de la façon suivante :

a) Pour 87 multipares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la grossesse est de 269 jours 55.

b) Pour 15 multipares admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la grossesse est de 274 jours 53.

Moyenne totale : Pour 102 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 270 jours 28.

Multipares, non reposées.

Pour 196 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 248 jours 32.

ASILE MICHELET

Primigestes, reposées.

a) Pour 259 primigestes admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 57.

b) Pour 36 primigestes admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 271 jours 55.

Moyenne totale : pour 205 primigestes, la durée moyenne de la grossesse est de 266 jours 29.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Primigestes, non reposées.

Pour 295 primigestes, la durée moyenne de la gestation est de 245 jours 50.

Pluripares, reposées.

a) Pour 175 pluripares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 40.

Pluripares, non reposées.

Pour 227 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 243 jours 82.

b) Pour 14 pluripares, admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 272 jours 17.

Moyenne totale : pour 189 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 90.

Multipares, reposées.

Pour 66 multipares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi la durée moyenne de la gestation est de 263 jours 51.

Multipares, non reposées.

Pour 118 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 248 jours 88.

Les conclusions du travail de l'auteur sont les suivantes :

« Nous voyons donc que pour les 1.500 femmes de la Maternité de Lariboisière et les 1.550 femmes de l'asile Michelet, la différence de la durée de la gestation est considérable : 20 *jours et plus.* »

C. — Dans un travail auquel j'ai déjà fait allusion, le docteur Alexandre Bachimont a donné le tableau ci-dessous, concernant la durée de la grossesse chez les 225 *femmes ayant une grossesse gémellaire* (1).

1° Pour les femmes *qui se sont reposées* pendant les derniers mois ou les dernières semaines de leur grossesse, il s'est écoulé, entre le dernier jour de leurs dernières règles et le jour de l'accouchement, *en moyenne* 269 *jours* ;

2° Pour les femmes *qui ne se sont pas reposées*, on a obtenu une moyenne de 247 *jours* ;

3° Enfin, pour les femmes sur lesquelles *on n'avait pas de renseignements*, la moyenne a été de 250 *jours environ*.

D. — Enfin, dans une statistique toute récente, faite à la clinique Baudelocque, *sur* 1.000 *femmes enceintes* dont la

(1) Alexandre Bachimont, *De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires*. Th. Doct. Paris, 1899, p. 20.

date des règles a pu être précisée, la durée de temps écoulé entre cette date et le jour de l'accouchement a été :

Dans 11 cas, de moins de	. . . .	200 jours.
— 85 — —	. . . .	250 —
— 239 — —	. . . .	272 —
— 665 — de plus de	. . . .	275 —

Je n'ai pas besoin d'insister sur la concordance, la valeur et l'éloquence de tous ces chiffres ; il me semble que la démonstration est suffisante pour démontrer l'influence du *surmenage.*

Je dois maintenant faire voir dans quelle mesure il agit.

Dans ce but, j'ai recherché le poids de tous les enfants nés à la Maternité depuis 1822 — année où on a commencé à peser les enfants au moment de leur naissance — jusqu'en 1899 et de tous les enfant nés à la clinique Baudelocque.

Sur 168.656 enfants nés à la Maternité et 19.548 enfants nés à la clinique Baudelocque, soit un total de 188.204 enfants, j'ai constaté le résultat suivant :

Enfants pesant			
4.000 gr. et plus	9.236, soit environ	5,00 p. 100	
De 3.500 — à 4.000 gr. . . .	35.124	—	17,00 —
De 3.200 — à 3.500 — . . .	31.255	—	15,00 —
De 3.000 — à 3.200 — . . .	39.963	—	20,00 —
De 2.800 — à 3.000 — . . .	18.536	—	10,50 —
De 2.500 — à 2.800 — . . .	25.019	—	15,00 —
2.500 — et au-dessous. .	29.071	—	16,00 —
Pesaient moins de 3.000 grammes.			54.090

Ainsi, sur 188.204 enfants :

Etaient des *prématurés* ou *débiles* pesant 2.500 grammes et au-dessous 29.071

Or, je vais exposer maintenant *quel est le sort réservé aux enfants nés prématurément.*

A l'établissement des débiles de la Maternité, établissement modèle, où rien n'est épargné, ni la science, ni le dévouement, ni l'argent, voici les résultats enregistrés depuis sa fondation jusqu'à l'année dernière.

Mouvement de la population des enfants débiles à la Maternité depuis l'ouverture du service (20 juillet 1893) (1).

	Du 20 juillet 1893 au 31 décembre 1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901
Enfants existant le 1er janvier..	»	44	50	12	37	25	36	31	38
Entrées..........................	211	519	395	365	354	457	456	699	649
TOTAUX des existants et des entrées.....	211	563	465	377	391	482	492	730	687
Sorties..........................	80	261	175	99	74	103	139	256	154
Décès............................	87	252	258	211	292	343	322	436	502
TOTAUX des sorties et des décès.....	167	513	433	340	366	446	461	692	656
Enfants restant au 31 décembre.	44	50	12	37	25	36	31	38	51
Nombre de journées............	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303	13.432	13.299	11.958	12.589
Moyenne de séjour par enfant...	23 j. 5	23 j. 5	29 j. 3	32 j. 6	34 j. 1	27 j. 8	27 j.	15 j. 8	18 j. 3
Décès p. 100....................	*41,23*	*44,75*	*57,97*	*63,92*	*74,68*	*71,16*	*65,45*	*59,72*	*73.07*

(1) Ce service a été dirigé du 20 juillet 1893 au 1er janvier 1895 par Mme HENRY, sage-femme en chef ; du 1er janvier 1895 au 1er mars 1898, par M. le Dr BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité ; depuis le 1er mars 1898, par M. le Dr PORAK, accoucheur en chef de la Maternité.

Ainsi sur 4.378 enfants il en est mort 2.733, et la durée moyenne du séjour par enfant n'a guère dépassé un mois !

Et que deviennent ceux qui ne meurent pas ?

Je peux répondre, sans crainte d'être démenti, que, sauf des exceptions très rares, ces prématurés, ces débiles, pour lesquels on a fait tant de sacrifices, qui ont coûté tant de soins, pour lesquels on a prodigué tant de dévouement ou d'argent, restent pendant toute la durée de leur vie des débiles ou des infirmes.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Il résulte de tout ce qui précède :

1° *Que la Mortinatalité ne peut être incriminée comme cause de dépopulation* ;

2° *Que la Mortinatalité est* **évitable** *dans la pluralité des cas* ;

3° *Qu'une prophylaxie est absolument nécessaire pour préserver les enfants avant leur conception et depuis leur conception jusqu'à la naissance.*

MOYENS PROPHYLACTIQUES

Puériculture avant la procréation.

Parmi les moyens prophylactiques concernant la puériculture avant la procréation, il en est un qui prime tous les autres, c'est de vulgariser la notion que tous les individus sont avant tout des *porte-graines*.

Cette notion doit être inculquée aux *enfants*.

Il faut donc réformer notre éducation et apprendre aux enfants ce qu'ils sont réellement.

S'il est nécessaire d'enseigner aux enfants qu'ils doivent conserver l'honneur et les biens de leur famille, il est nécessaire, il est indispensable de leur apprendre qu'ils possèdent autre chose, un autre dépôt sacré, *leur descendance.*

Ceci doit être appris à l'école ; aussi il me semble que la Commission de dépopulation a pour devoir de demander aux

autorités compétentes que cet enseignement soit donné dans toutes les écoles de France.

Alors connaissant l'hérédité pathologique, devenus procréateurs s'ils sont dignes du nom d'homme, ils ne seront pas assez criminels pour engendrer des dégénérés ou des infirmes.

Ces notions pourraient être résumées en quelques lignes et contenues dans le livret de famille distribué le jour du mariage ou avant, c'est-à-dire au moment de la publication des bans. Il appartient également à notre Commission de faire connaître, au point de vue qui nous occupe, les dangers des maladies infectieuses en général et de la syphilis en particulier.

Puériculture de la procréation à la naissance.

Connaissant la fréquence et les conséquences des naissances prématurées ; — en connaissant la cause principale, le surmenage ; — sachant que la grossesse a plus de chances d'évoluer normalement et l'enfant de se développer d'une façon plus naturelle et plus complète, lorsque la mère se trouve placée pendant sa grossesse dans des conditions convenables, — la Commission ne peut, il me semble, que se rallier au vœu suivant, voté au Congrès de Nantes, et demander les mesures nécessaires afin :

Que toute femme enceinte reçoive l'assistance nécessaire pour se trouver dans les conditions hygiéniques indispensables pour elle et son enfant dans les trois derniers mois de sa grossesse.

Car s'il est difficile de faire croître le nombre des naissances, il est possible et il importe de faire en sorte que les enfants qui naissent soient procréés et se développent dans des conditions permettant et assurant leur conservation.

TROIS CAS DE PERFORATIONS GRAVES DE L'UTÉRUS

AVEC LA CURETTE ET LA SONDE INTRA-UTÉRINE

Par le docteur **Mauclaire**, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion, en l'espace de quelques mois, d'intervenir d'urgence pour trois cas de perforations utérines gynécologiques (1).

Chez notre première malade, qui avait fait une fausse couche 3 semaines auparavant, c'est avec la petite curette que l'utérus fut perforé. Or, 6 heures après l'accident, la malade était déjà dans le collapsus, en état de septicémie péritonéale foudroyante. Nous drainâmes alors le péritoine et le pelvis, après avoir pratiqué l'hystérectomie supravaginale et établi un drainage abdomino-vaginal. La malade succomba 12 heures après notre opération.

Chez la deuxième malade, notre intervention fut plus heureuse. C'est à la fin du curettage que la curette perfora nettement l'utérus. L'opérateur s'en étant aperçu, s'abstint de lavage ; il draina l'utérus et laissa la femme en observation. Appelé à examiner la malade dans la soirée, 9 heures après l'accident, j'hésitai à intervenir immédiatement, car les signes péritonéaux réactionnels étaient peu marqués. Mais ceux-ci devinrent évidents 24 heures après l'accident. A la laparotomie faite à ce moment, la perforation fut trouvée immédiatement, suturée, et le pelvis drainé ; la malade guérit.

Chez notre troisième malade, nous sommes intervenus dans

---

(1) Nous avons observé aussi deux cas de perforations puerpérales probablement abortives. Nous rapporterons simplement accessoirement ces deux observations à titre de comparaison.

des conditions déplorables, en pleine péritonite généralisée. Chez une femme en état de fièvre puerpérale, encore 1 mois après l'accouchement, la sonde intra-utérine perfora nettement l'utérus. Nous ne pûmes intervenir que 24 heures après, en pratiquant l'hystérectomie supravaginale avec drainage abdomino-vaginal et iliaque ; la malade succomba 17 heures après l'intervention.

En France, l'étude la plus complète sur ces perforations utérines par l'hystéromètre, la curette, le dilatateur mécanique, les laminaires, a été faite par Rebreyeand dans sa thèse (Paris, 1901). Mais cet auteur, tout en admettant les formes graves, nous paraît avoir trop facilement conclu à la bénignité fréquente de la lésion (1).

Depuis, dans la thèse de notre élève J. Miquel (Paris, 1902), nous avons insisté sur les formes graves et sur la nécessité dans tous les cas d'une laparotomie exploratrice pour drainer le pelvis « immédiatement après l'accident ».

Chez nos trois premières opérées, la perforation siégeait près de la corne droite de l'utérus. C'est là un siège assez fréquent, et J. Miquel, sur 30 cas, dans lesquels la région perforée a pu être précisée, constate que celle-ci occupait 23 fois le fond même de l'utérus ; 6 fois, la paroi postérieure près du fond ; 6 fois la région de l'une des cornes et 1 fois la paroi antérieure.

Chez notre première malade, il y avait sur la muqueuse utérine, au niveau de la perforation, comme un petit foyer de suppuration caséiforme, qui a pu jouer le rôle de cause locale prédisposante favorisant la perforation.

Dans nos trois cas, le *diagnostic* immédiat de l'accident fut facile, mais l'évolution des symptômes fut différente. La marche fut en effet foudroyante dans la première observation, car 6 heures après l'accident la malade était déjà dans le collapsus. Jayle a rapporté un cas semblable. Mais chez sa malade, outre la septicémie péritonéale, il y eut une intoxication mer-

---

(1) Voir aussi : CARENO, *Archivio di ost. e ginec.*, décembre 1901 ; SCHENK, *Münch. med. Woch.*, 1901, n° 22 ; PICHEVIN, *Semaine gynéc.*, 8 avril 1902 ; SCHULTZE, *Centralblatt f. Gynæk.*, 5 juillet 1902.

curielle, le liquide du lavage étant entré et resté dans la cavité péritonéale.

Dans notre deuxième observation, la marche des accidents fut subaiguë. Dans l'observation III elle fut suraiguë ; mais ici la malade était en état de fièvre puerpérale, la cavité et les parois utérines étaient infectées, le liquide injecté était resté dans la cavité péritonéale. Toutes ces raisons expliquent facilement la marche suraiguë des accidents.

Les altérations histologiques du muscle utérin prédisposent parfois à la perforation. Ainsi, dans l'observation de M. Segond, l'examen de l'utérus, fait par A. Claisse, a décelé « une moins grande condensation des faisceaux musculaires au niveau du fond de l'organe ; il y avait des îlots de tissus fibreux beaucoup plus étendus qu'à l'état normal et une augmentation notable du nombre et du volume des vaisseaux ». L'utérus avait été perforé par une bougie d'Hégar au cours d'un curettage préliminaire à une hystérectomie vaginale pour métro-salpingite.

Wegner, dans le cas de Rabe Ruckhardt et Lehmus, a trouvé une exagération énorme du nombre des vaisseaux au point de simuler un tissu caverneux ; les fibres musculaires avaient subi la dégénérescence graisseuse, de même que la muqueuse. L'utérus, dans ce cas, avait été perforé par l'hystéromètre au cours de la tentative de réduction d'une rétroflexion.

Dans l'observation de Pozzi, l'examen histologique décela une atrophie musculaire, une prolifération du tissu conjonctif interstitiel (examen de Latteux). Guérard (1) (de Düsseldorf) signale aussi les mêmes altérations.

Dans nos observations I et III, les lésions histologiques étaient presque nulles (Macé).

(1) GUÉRARD, *Centralblatt f. Gynækologie*, octobre 1901. Pour cet auteur, les faisceaux musculaires sont séparés les uns des autres par de véritables lacunes qui se remplissent de tissu cellulaire jeune et friable ; les fibres musculaires ont subi en partie la dégénérescence hyaline, surtout au niveau de la perforation. Quant aux vaisseaux, leur tunique interne est très épaissie. Voir aussi les examens histologiques de SCHULZE, *loco citato*.

En somme, ces utérus perforés sont le plus souvent des utérus soit déviés soit dégénérés et antérieurement infectés, congestionnés et ramollis par une dilatation gravidique ou une métrite chronique. Toutefois ces altérations ne sont pas la règle. Mais, comme elles sont très fréquentes, on peut s'étonner à bon droit que la perforation utérine soit aussi rare ou, du moins, aussi rarement signalée.

Si l'on s'en rapportait à nos trois observations, on pourrait dire que le *pronostic* de la perforation est très grave, puisque nous notons deux morts foudroyantes et une seule guérison. Mais, dans l'un des deux cas mortels, l'utérus était très septique, car il y avait de la fièvre puerpérale.

Sans nous laisser influencer par cette mauvaise série, nous pensons cependant que le pronostic doit toujours être considéré comme très sérieux. Ainsi, chez notre première opérée (obs. I), rien ne pouvait faire prévoir une pareille évolution foudroyante. Il n'y avait aucune fièvre avant l'opération. L'utérus était presque revenu à l'état normal. Dans le cas qui a guéri (obs. II), il y avait de la métrite et une salpingite parenchymateuse assez volumineuse.

En somme, il y a donc des exceptions à cette formule assez généralement admise : « Si l'instrument perforant est propre et l'utérus peu ou pas septique, le pronostic sera bénin. »

Assurément, toutes les perforations utérines gynécologiques ne sont pas fatalement graves. Ainsi, il y a plusieurs années, je crois avoir peut-être perforé l'utérus avec la curette dès le début d'un curettage pour métrite, car l'instrument s'enfonça très profondément, mais sans que nous ayons ressenti la moindre résistance. Je mis immédiatement un drain dans l'utérus, sans faire aucune autre manœuvre utérine. Il n'y eut aucune réaction, au point que je me demande encore maintenant s'il y eut perforation.

Dans d'autres cas « heureux » la perforation est latérale, l'utérus étant en légère latéro-version,et l'instrument file entre les deux feuillets du ligament large sans entrer dans la cavité péritonéale (cas de Pichevin).

Multipares, reposées.

102 *multipares* se répartissent de la façon suivante :

a) Pour 87 multipares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la grossesse est de 269 jours 55.

b) Pour 15 multipares admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la grossesse est de 274 jours 53.

Moyenne totale: Pour 102 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 270 jours 28.

Multipares, non reposées.

Pour 196 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 248 jours 32.

ASILE MICHELET

Primigestes, reposées.

a) Pour 259 primigestes admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 57.

b) Pour 36 primigestes admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 271 jours 55.

Moyenne totale : pour 205 primigestes, la durée moyenne de la grossesse est de 266 jours 29.

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Primigestes, non reposées.

Pour 295 primigestes, la durée moyenne de la gestation est de 245 jours 50.

Pluripares, reposées.

a) Pour 175 pluripares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 40.

Pluripares, non reposées.

Pour 227 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 243 jours 82.

b) Pour 14 pluripares, admises enceintes de plus de 8 mois et demi, la durée moyenne de la gestation est de 272 jours 17.

Moyenne totale : pour 189 pluripares, la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 90.

Multipares, reposées.

Pour 66 multipares admises enceintes de 7 à 8 mois et demi la durée moyenne de la gestation est de 265 jours 51.

Multipares, non reposées.

Pour 118 multipares, la durée moyenne de la gestation est de 248 jours 88.

Les conclusions du travail de l'auteur sont les suivantes : « Nous voyons donc que pour les 1.500 femmes de la Maternité de Lariboisière et les 1.550 femmes de l'asile Michelet, la différence de la durée de la gestation est considérable : 20 *jours et plus.* »

C. — Dans un travail auquel j'ai déjà fait allusion, le docteur Alexandre Bachimont a donné le tableau ci-dessous, concernant la durée de la grossesse chez les 225 *femmes ayant une grossesse gémellaire* (1).

1° Pour les femmes *qui se sont reposées* pendant les derniers mois ou les dernières semaines de leur grossesse, il s'est écoulé, entre le dernier jour de leurs dernières règles et le jour de l'accouchement, *en moyenne* 269 *jours* ;

2° Pour les femmes *qui ne se sont pas reposées*, on a obtenu une moyenne de 247 *jours* ;

3° Enfin, pour les femmes sur lesquelles *on n'avait pas de renseignements*, la moyenne a été de 250 *jours environ*.

D. — Enfin, dans une statistique toute récente, faite à la clinique Baudelocque, *sur* 1.000 *femmes enceintes* dont la

(1) Alexandre Bachimont, *De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires*. Th. Doct. Paris, 1899, p. 20.

date des règles a pu être précisée, la durée de temps écoulé entre cette date et le jour de l'accouchement a été :

Dans 11 cas, de moins de	....	200 jours.
— 85 — —	....	250 —
— 239 — —	....	272 —
— 665 — de plus de	....	275 —

Je n'ai pas besoin d'insister sur la concordance, la valeur et l'éloquence de tous ces chiffres ; il me semble que la démonstration est suffisante pour démontrer l'influence du *surmenage.*

Je dois maintenant faire voir dans quelle mesure il agit.

Dans ce but, j'ai recherché le poids de tous les enfants nés à la Maternité depuis 1822 — année où on a commencé à peser les enfants au moment de leur naissance — jusqu'en 1899 et de tous les enfant nés à la clinique Baudelocque.

Sur 168.656 enfants nés à la Maternité et 19.548 enfants nés à la clinique Baudelocque, soit un total de 188.204 enfants, j'ai constaté le résultat suivant :

Enfants pesant			
4.000 gr. et plus	9.236, soit environ		5,00 p. 100
De 3.500 — à 4.000 gr. ...	35.124	—	17,00 —
De 3.200 — à 3.500 — ...	31.255	—	15,00 —
De 3.000 — à 3.200 — ...	39.963	—	20,00 —
De 2.800 — à 3.000 — ...	18.536	—	10,50 —
De 2.500 — à 2.800 — ...	25.019	—	15,00 —
2.500 — et au-dessous. .	29.071	—	16,00 —
Pesaient moins de 3.000 grammes.............			54.090

Ainsi, sur 188.204 enfants :

Etaient des *prématurés* ou *débiles* pesant 2.500 grammes et au-dessous 29.071

Or, je vais exposer maintenant *quel est le sort réservé aux enfants nés prématurément.*

A l'établissement des débiles de la Maternité, établissement modèle, où rien n'est épargné, ni la science, ni le dévouement, ni l'argent, voici les résultats enregistrés depuis sa fondation jusqu'à l'année dernière.

Mouvement de la population des enfants débiles à la Maternité depuis l'ouverture du service (20 juillet 1893) (1).

	Du 20 juillet 1893 au 31 décembre 1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901
Enfants existant le 1er janvier..	»	44	50	12	37	25	36	31	38
Entrées........................	211	519	395	365	354	457	456	699	649
TOTAUX des existants et des entrées.....	211	563	465	377	391	482	492	730	687
Sorties........................	80	261	175	99	74	103	139	256	154
Décès..........................	87	252	258	211	292	343	322	436	502
TOTAUX des sorties et des décès.....	167	513	433	340	366	446	461	692	656
Enfants restant au 31 décembre.	44	50	12	37	25	36	31	38	51
Nombre de journées...........	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303	13.432	13.299	11.958	12.589
Moyenne de séjour par enfant...	23 j. 5	23 j. 5	29 j. 3	32 j. 6	34 j. 1	27 j. 8	27 j.	15 j. 8	18 j. 3
Décès p. 100..................	*41,23*	*44,75*	*57,97*	*63,92*	*74,68*	*71,16*	*65,45*	*59,72*	*73.07*

(1) Ce service a été dirigé du 20 juillet 1893 au 1er janvier 1895 par Mme HENRY, sage-femme en chef ; du 1er janvier 1895 au 1er mars 1898, par M. le Dr BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité ; depuis le 1er mars 1898, par M. le Dr PORAK, accoucheur en chef de la Maternité.

Ainsi sur 4.378 enfants il en est mort 2.733, et la durée moyenne du séjour par enfant n'a guère dépassé un mois !

Et que deviennent ceux qui ne meurent pas ?

Je peux répondre, sans crainte d'être démenti, que, sauf des exceptions très rares, ces prématurés, ces débiles, pour lesquels on a fait tant de sacrifices, qui ont coûté tant de soins, pour lesquels on a prodigué tant de dévouement ou d'argent, restent pendant toute la durée de leur vie des débiles ou des infirmes.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Il résulte de tout ce qui précède :

1° *Que la Mortinatalité ne peut être incriminée comme cause de dépopulation* ;

2° *Que la Mortinatalité* **est évitable** *dans la pluralité des cas* ;

3° *Qu'une prophylaxie est absolument nécessaire pour préserver les enfants avant leur conception et depuis leur conception jusqu'à la naissance.*

MOYENS PROPHYLACTIQUES

Puériculture avant la procréation.

Parmi les moyens prophylactiques concernant la puériculture avant la procréation, il en est un qui prime tous les autres, c'est de vulgariser la notion que tous les individus sont avant tout des *porte-graines*.

Cette notion doit être inculquée aux *enfants*.

Il faut donc réformer notre éducation et apprendre aux enfants ce qu'ils sont réellement.

S'il est nécessaire d'enseigner aux enfants qu'ils doivent conserver l'honneur et les biens de leur famille, il est nécessaire, il est indispensable de leur apprendre qu'ils possèdent autre chose, un autre dépôt sacré, *leur descendance*.

Ceci doit être appris à l'école ; aussi il me semble que la Commission de dépopulation a pour devoir de demander aux

autorités compétentes que cet enseignement soit donné dans toutes les écoles de France.

Alors connaissant l'hérédité pathologique, devenus procréateurs s'ils sont dignes du nom d'homme, ils ne seront pas assez criminels pour engendrer des dégénérés ou des infirmes.

Ces notions pourraient être résumées en quelques lignes et contenues dans le livret de famille distribué le jour du mariage ou avant, c'est-à-dire au moment de la publication des bans. Il appartient également à notre Commission de faire connaître, au point de vue qui nous occupe, les dangers des maladies infectieuses en général et de la syphilis en particulier.

Puériculture de la procréation à la naissance.

Connaissant la fréquence et les conséquences des naissances prématurées ; — en connaissant la cause principale, le surmenage ; — sachant que la grossesse a plus de chances d'évoluer normalement et l'enfant de se développer d'une façon plus naturelle et plus complète, lorsque la mère se trouve placée pendant sa grossesse dans des conditions convenables, — la Commission ne peut, il me semble, que se rallier au vœu suivant, voté au Congrès de Nantes, et demander les mesures nécessaires afin :

Que toute femme enceinte reçoive l'assistance nécessaire pour se trouver dans les conditions hygiéniques indispensables pour elle et son enfant dans les trois derniers mois de sa grossesse.

Car s'il est difficile de faire croître le nombre des naissances, il est possible et il importe de faire en sorte que les enfants qui naissent soient procréés et se développent dans des conditions permettant et assurant leur conservation.

---

date des règles a pu être précisée, la durée de temps écoulé entre cette date et le jour de l'accouchement a été :

Dans 11 cas,	de moins de	....	200 jours.
— 85 —	—	....	250 —
— 239 —	—	....	272 —
— 665 —	de plus de	....	275 —

Je n'ai pas besoin d'insister sur la concordance, la valeur et l'éloquence de tous ces chiffres ; il me semble que la démonstration est suffisante pour démontrer l'influence du *surmenage*.

Je dois maintenant faire voir dans quelle mesure il agit.

Dans ce but, j'ai recherché le poids de tous les enfants nés à la Maternité depuis 1822 — année où on a commencé à peser les enfants au moment de leur naissance — jusqu'en 1899 et de tous les enfant nés à la clinique Baudelocque.

Sur 168.656 enfants nés à la Maternité et 19.548 enfants nés à la clinique Baudelocque, soit un total de 188.204 enfants, j'ai constaté le résultat suivant :

Enfants pesant				
4.000 gr. et plus	9.236,	soit environ	5,00	p. 100
De 3.500 — à 4.000 gr. ...	35.124	—	17,00	—
De 3.200 — à 3.500 — ...	31.255	—	15,00	—
De 3.000 — à 3.200 — ...	39.963	—	20,00	—
De 2.800 — à 3.000 — ...	18.536	—	10,50	—
De 2.500 — à 2.800 — ...	25.019	—	15,00	—
2.500 — et au-dessous..	29.071	—	16,00	—

Pesaient moins de 3.000 grammes............. 54.090

Ainsi, sur 188.204 enfants :

Etaient des *prématurés* ou *débiles* pesant 2.500 grammes et au-dessous 29.071

Or, je vais exposer maintenant *quel est le sort réservé aux enfants nés prématurément.*

A l'établissement des débiles de la Maternité, établissement modèle, où rien n'est épargné, ni la science, ni le dévouement, ni l'argent, voici les résultats enregistrés depuis sa fondation jusqu'à l'année dernière.

Mouvement de la population des enfants débiles à la Maternité depuis l'ouverture du service (20 juillet 1893) (1).

	Du 20 juillet 1893 au 31 décembre 1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901
Enfants existant le 1er janvier..	»	44	50	12	37	25	36	31	38
Entrées........................	211	519	395	365	354	457	456	699	649
TOTAUX des existants et des entrées.....	211	563	465	377	391	482	492	730	687
Sorties........................	80	261	175	99	74	103	139	256	154
Décès..........................	87	252	258	211	292	343	322	436	502
TOTAUX des sorties et des décès.....	167	513	433	340	366	446	461	692	656
Enfants restant au 31 décembre.	44	50	12	37	25	36	31	38	51
Nombre de journées...........	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303	13.432	13.299	11.958	12.589
Moyenne de séjour par enfant...	23 j. 5	23 j. 5	29 j. 3	32 j. 6	34 j. 1	27 j. 8	27 j.	15 j. 8	18 j. 3
Décès p. 100..................	*41,23*	*44,75*	*57,97*	*63,92*	*74,68*	*71,16*	*65,45*	*59,72*	*73.07*

(1) Ce service a été dirigé du 20 juillet 1893 au 1er janvier 1895 par Mme HENRY, sage-femme en chef ; du 1er janvier 1895 au 1er mars 1898, par M. le Dr BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité ; depuis le 1er mars 1898, par M. le Dr PORAK, accoucheur en chef de la Maternité.

OBS. V. — *Accouchement à terme (?). Quatre (?) semaines après, rupture spontanée (?) de la paroi postérieure de l'utérus un peu au-dessous de l'isthme. Pelvi-péritonite suppurée. Amputation supra-vaginale et tamponnement total du pelvis. — Guérison.*

Mlle M..., âgée de 31 ans, vient à la consultation de gynécologie du service de M. Le Dentu, le 9 août 1902. Cette femme a fait des réponses embarrassées. Elle disait tout d'abord avoir accouché sans les fers il y a cinq mois, chez une sage-femme; puis elle donna la date du 12 juillet. L'enfant mourut deux heures après sa naissance. Dès les jours suivants, la malade eut de la fièvre et perdit énormément de matières sanguinolentes et du pus.

Aujourd'hui, 9 août, la malade se tient courbée en deux, tellement elle souffre de l'abdomen. Celui-ci est un peu ballonné, mais très sensible. On est frappé de l'abondance de la suppuration qui s'écoule par la vulve. L'utérus est gros, douloureux, sensible. Le col est très dilaté. Les annexes sont très facilement perceptibles au toucher et douloureuses. Pas de fièvre.

La malade est soumise pendant 24 heures au repos et aux injections.

L'abondance de l'écoulement purulent par l'orifice du col est tel que, le 12 août, un curettage est décidé, pensant à de la rétention placentaire.

Le 12 au matin, M. Vinsonneau, interne du service, explore avec le doigt la cavité utérine avant de la dilater. Il sent très manifestement une perforation complète de la paroi postérieure à l'union du col et de l'isthme; aucune manœuvre opératoire n'est pratiquée. Le soir même, la température monte à 38°, le facies est grippé, le ventre un peu ballonné. Appelé pour examiner la malade, je pense que la laparotomie exploratrice est nécessaire. Elle est faite avec l'aide de M. Vinsonneau vers 5 heures du soir.

L'abdomen ouvert, nous tombons sur un foyer de pelvi-péritonite de tout le petit bassin et de son contenu. Les anses intestinales sont rouges, recouvertes de quelques fausses membranes purulentes. Il y a de la sérosité louche dans tout le pelvis. En explorant la face postérieure de l'utérus assez volumineux et mou, je mets le doigt dans une ouverture qui communique avec la cavité du col utérin; cette ouverture est assez irrégulière.

Nous pratiquons alors l'amputation supra-vaginale, qui passe au-dessus du point perforé; les manœuvres pour faire une hysté-

rectomie totale nous paraissent trop longues et trop dangereuses. Ablation des deux annexes, qui sont assez volumineuses et très congestionnées. Un drain passe par la cavité du col laissé en place; il sort en bas par le vagin et en haut au-dessus du pubis. Tamponnement total du pelvis, c'est-à-dire qu'un tamponnement occupe le cul-de-sac de Douglas, et deux autres latéraux remplissent les parties latérales du pelvis, pour que les anses intestinales grêles ne descendent plus momentanément dans le petit bassin infecté.

Injection de sérum physiologique. Ce tamponnement total est enlevé 36 heures après. La température fut de 37°,5 le 13 au matin, 38° le soir; 38° le 14 au matin, 38°,2 le soir; 37°,8 le 15 au matin, 38°,8 le 15 au soir. Par le drain il sort de nombreux débris et matières purulentes. Lavage par le drain avec de l'eau oxygénée. La température descend les jours suivants à la normale. Guérison.

Examen histologique du corps de l'utérus (Macé). — « L'utérus est infiltré dans toute son épaisseur de cellules embryonnaires petites, qui dissèquent les faisceaux musculaires et sont très nettement perçues comme des travées parallèles à ces faisceaux. Par place, on voit des amas de cellules embryonnaires, qui sont l'amorce d'abcès intra-musculaires multiples, transformant l'utérus en éponge purulente. Les vaisseaux sont très épaissis, comme dans tout utérus puerpéral. Ils ne contiennent pas de coagula, ils ne sont pas sensiblement enveloppés d'une gaine de cellules embryonnaires, qui sont plutôt localisées dans les espaces lymphatiques interfasciculaires. La fibre musculaire n'est pas dégénérée. Le protoplasma et le noyau prennent bien les colorants. Il s'agit donc d'une infiltration inflammatoire au début sans désagrégation des cellules embryonnaires constituantes, sans formation appréciable de pus. » (La pièce avait été conservée dans le formol, incluse dans la paraffine et colorée par l'éosine.)

D'après cet examen histologique on pourrait se demander s'il ne s'agit pas, chez notre malade, d'un abcès utérin interstitiel, sorte de métrite disséquante (Franque), ou d'une plaque de sphacèle, sorte de gangrène puerpérale de l'utérus (Beckmann), ayant par son évolution déterminé une solution de continuité de la paroi utérine.

CALCUL URÉTÉRAL DE 44 GRAMMES

URÉTÉRO-LITHOTOMIE TRANSPÉRITONÉALE GUÉRISON

par **C. Jacobs**, chirurgien à l'Institut Sainte-Anne, Bruxelles.

De tous les calculs urinaires, le calcul urétéral est de loin le plus rare. Sa composition chimique est la même que celle du calcul rénal. Sa forme est très spéciale : ovoïde allongé, pointu à ses extrémités, dont la longueur atteint 3 à 5 fois le diamètre. Cette forme allongée et l'aspect de la coupe démontrent que ces calculs urétéraux s'usent suivant leur surface et augmentent par leurs extrémités ; lorsqu'ils sont petits, ils restent généralement arrondis (1). Kelly (2) mentionne un calcul de 12 cm. 5 de long !

L'origine de ces calculs est évidemment le rein. Un calcul rénal, ou un débris de calcul s'échappe du bassinet, chemine dans l'uretère et se trouve arrêté dans une partie quelconque du conduit pour une cause ou une autre. On peut, cependant, leur trouver une origine accidentelle : tel le cas de Kelly (3), dans lequel un calcul urétéral s'était formé autour d'une ligature de soie employée pour suturer l'uretère à la voûte vaginale (Kolpo-urétérostomie), opération faite dans un cas de stricture de l'uretère. Ce calcul mesurait 6 millimètres de diamètre.

On ne peut leur assigner une résidence de prédilection. On en a rencontré sur toute la longueur de l'uretère. Ils semblent cependant siéger de préférence dans la portion de l'organe

---

(1) R. HALL'S, *New-York medical Record*, 18 octobre 1890.
(2) H.-A. KELLY, *Operative Gynecology*, vol. 1, p. 449, 1893.
(3) H. A. KELLY, *loc. cit.*

supérieure à sa descente dans le bassin, ou bien vers l'embouchure de l'uretère dans la vessie.

Les symptômes observés sont des douleurs par crises s'étendant du rein au bassin et suivant tout le trajet de l'uretère. Le pouls est fréquent, il peut y avoir élévation thermique. L'endroit où siège le calcul est très sensible à la pression profonde. Ces crises sont irrégulières et réapparaissent aussi longtemps que le calcul n'est pas expulsé. Avec les attaques, on peut noter l'apparition d'une tumeur le long du trajet de l'uretère. Lorsque le calcul descend graduellement vers la vessie, lorsqu'il est libre, c'est-à-dire non encastré dans une loge formée aux dépens de la paroi urétérale, chacune de ces crises marque un pas en avant vers l'expulsion ; souvent il y a, en même temps, émission d'urines sanguinolentes.

De l'hydronéphrose, de l'hydro-urétérite peuvent se produire mécaniquement ; leur degré est en rapport avec l'obstruction plus ou moins complète du conduit. Dans les cas infectieux, on peut observer de la pyonéphrose, de la pyo-urétérite.

L'expulsion spontanée peut terminer naturellement les accidents. Ces différents symptômes mettront sur la voie du diagnostic. Cependant on se souviendra qu'ils peuvent se présenter dans les cas d'expulsion de caillots sanguins, d'obstruction temporaire de l'uretère par une muqueuse enflammée, boursouflée.

L'examen direct par le vagin, par le rectum, l'emploi du cystoscope, le cathétérisme des uretères, voire même l'incision abdominale exploratrice, sont les différents moyens d'investigation auxquels on aura recours, suivant les cas.

Lorsque le calcul siège en deçà du ligament large, on peut aisément le percevoir à travers la paroi vaginale antéro-latérale : on le sent rouler sous le doigt. Au delà de ce point, le toucher rectal permet de suivre l'uretère à peu près jusqu'à sa sortie du bassin.

Le cystoscope permettra de diagnostiquer un calcul engagé dans la vessie ; le cathéter urétéral trouvera le calcul dans le trajet pelvien de l'uretère ; enfin, si le calcul est situé plus

haut, le long cathéter rénal conservera des empreintes qui ne laisseront aucun doute sur leur origine.

Le traitement doit être palliatif et radical. Palliatif pendant les crises : morphine, bains chauds (Preissnitz). Si le calcul est fixé, les symptômes graves, s'il y a formation d'une tumeur rénale démontrant obstruction de l'uretère, l'intervention s'impose.

La voie d'accès peut être *extra-péritonéale* ou *transpéritonéale*. Les risques de fistules urinaires, les dangers de péritonite feront toujours pencher vers la voie extra-péritonéale. Elle sera admise d'emblée lorsque le calcul est fixé entre le rein et le détroit supérieur, ou dans la partie pelvienne de l'uretère, au-dessus du ligament large. De même, elle s'imposera si l'urine est purulente. On a même, dans ces cas, préconisé l'incision abdominale comme opération exploratrice destinée à asseoir le diagnostic, suivie de l'incision latérale extra-péritonéale.

Lorsque le cystoscope a permis de diagnostiquer le calcul, on essayera, au moyen d'une pince quelconque passée par l'urèthre, de l'agripper. Si l'on échoue, on aura recours à l'incision vaginale.

On rétracte fortement la paroi postérieure du vagin, de façon à exposer largement la paroi antéro-latérale ; la vessie est vidée. On fait longitudinalement une incision de 3 à 4 centimètres ; les lèvres de cette incision sont rétractées, et l'on va disséquer le tissu cellulaire dans la profondeur, jusqu'à ce que l'on arrive sur l'uretère dilaté, que l'on dissèque au-dessus et au-dessous du calcul. On incise l'uretère sur l'extrémité du calcul dirigée vers la vessie, incision qui sera suffisante pour pouvoir y faire passer le calcul. Celui-ci enlevé, on s'assurera de la vacuité du conduit en y passant une fine bougie.

Quelques sutures séparées au catgut refermeront l'uretère. Si ces sutures sont bien faites, si l'infection n'est pas à craindre, on refermera la plaie vaginale ; mais si l'urine est purulente, il vaut mieux drainer.

L'intervention transpéritonéale ou extra-péritonéale sera

donc réservée aux cas dans lesquels le calcul siège au delà du ligament large.

Pour l'opération extra-péritonéale on fera une incision partant du milieu du muscle carré des lombes (à mi-chemin des côtes et de la crête iliaque) et se dirigeant obliquement vers la ligne semi-lunaire, au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'incision traverse tous les tissus jusqu'au péritoine. Les lèvres de la plaie sont fortement rétractées, le péritoine, le tissu cellulaire sont écartés avec les doigts, les colons ascendant ou descendant refoulés de côté ; l'uretère apparaît sur la surface du psoas. S'il y a quelque difficulté à le trouver, on ira reconnaître le rein et l'on suivra l'uretère sur tout son trajet.

Le calcul reconnu, l'uretère est amené au dehors et incisé sur le calcul. Quelques sutures au catgut referment la plaie.

La voie transpéritonéale est recommandable lorsqu'il n'y a pas d'infection à craindre, et lorsque le calcul est fixé dans la portion pelvienne de l'uretère. Le drainage n'est indiqué que si l'on a quelque crainte au sujet de sutures urétérales.

Le calcul urétéral n'occupe pas une place très importante dans la littérature médicale. Les observations sont cependant relativement nombreuses.

W. Lane (1) a relaté un cas de calcul qui datait de 20 ans.

H. Kelly (2) en donne une étude symptomatique précise avec relations de quelques cas. Machnaughton Jones (3) en parle dans son récent traité, mais sans en citer d'exemples. Les traités français de gynécologie n'en font pas mention. Tout récemment, Legueu (4) a présenté à la Société de chirurgie de Paris un calcul urétéral enlevé de l'uretère d'une femme souffrante depuis 7 ans. L'opération avait été précédée d'une

(1) W.-A. Lane, *Lancet*, 8 nov. 1890, p. 967.
(2) H.-A. Kelly, *loc. cit.*
(3) Machnaughton Jones, *Diseases of women*, London, 1900, p. 847.
(4) Legueu, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1902, t. XXVIII, p. 1132.

néphrectomie. Tuffier (1) insiste sur la difficulté de diagnostic entre l'appendicite et le calcul urétéral, surtout dans les cas où il y a ptose du rein et hématurie. Cette difficulté est en effet grande, peut-être insurmontable, si l'on se trouve vis-à-vis d'un appendice adhérent à l'uretère. Le cathétérisme de l'uretère et la radiographie pourront lever les doutes, de même que l'analyse des urines qui renferment du sang rouge, frais, dans lès cas de calculs du rein.

Morris (2), sur 45 cas de calculs urétéraux, trouve 27 cas survenus chez la femme. Les sièges les plus fréquents sont situés à 5-7 centimètres sous le bassinet et à l'embouchure de l'uretère dans la vessie. Lorsqu'ils siègent à la partie supérieure de l'uretère, il prétend, avec raison, croyons-nous, que le diagnostic différentiel est impossible avec le calcul rénal.

Sur 47 cas (dont 5 observés par lui), 46 furent opérés, 9 fois par néphrotomie, 29 cas par urétéro-lithotomies, dont 4 transpéritonéales, 3 vésicales, 4 vaginales, 1 rectale, 12 par incision lombaire, 6 par incision iliaque où vaginale.

Clarke (3) trouve, au cours d'une opération rénale pour calculs, un calcul engagé dans l'uretère, assez loin dans le conduit. Ablation du calcul sans sutures consécutives de l'uretère. Guérison.

Fenwick (4), dans les anciens calculs urétéraux, engage à suivre la voie vaginale pour aller inciser l'uretère, avec drainage consécutif de l'organe.

Wolynzew (5) rapporte un cas de calcul urétéral de 5 centimètres de long enlevé en 2 pièces après néphrotomie pratiquée sans résultat.

---

(1) TUFFIER, Du diagnostic entre le calcul urétéral et l'appendicite. *Ann. des maladies des organes génit.-urinaires*, t. XVII, p. 1089.

(2) MORRIS, Calculus in the ureter. *Lancet*, II, p. 1644.

(3) CLARKE, Operation for impacted stone in the ureter. *Medic. Soc. of London*, Sitz. v. 23, *Br. med. J.*, 1. p. 211.

(4) FENWICK, Die Operation von Steinen, welche lange Zeit in unteren Drittel des Ureters gestekt haben. *Edinb. med. J.*, 1898, H. 3.

(5) WOLYNZEW, Zur Erkeinung und operativen Behandlung der Harnleitersteine Nephrotomie und Ureterolithotomie. *Chirurgia*, 1898, p. 246.

Citons encore les cas rapportés par Ralfe et Godlee (1), Berg (2), Byford (3), Cabot (4), Hall (5), Bishop (6).

Dans presque toutes ces observations, le calcul urétéral n'a pas été diagnostiqué, sinon au cours d'une autre opération ou après une première opération rénale inutile.

Il est intéressant de parcourir ces travaux, qui montrent que le calcul urétéral est en somme plus fréquent qu'on ne le soupçonne généralement. La vérité est que nous n'y songeons pas.

Voici, en terminant, l'intéressante observation qui a été pour nous le point de départ de ces recherches bibliographiques.

Il y a quelques semaines, le docteur Loontjens nous adressait une malade âgée de 44 ans, multipare, très souffrante au point d'accueillir l'idée d'une intervention opératoire comme une délivrance. Elle se plaignait de crises douloureuses très nettement localisées dans le pelvis gauche. Chaque crise était suivie depuis 3 ou 4 mois d'émissions d'urines purulentes ; la crise passée, les urines redevenaient limpides.

Menstruation assez régulière et assez abondante, très douloureuse.

L'état général est bon ; embonpoint normal. La malade nous dit souffrir dans le pelvis gauche depuis l'âge de 10-12 ans. Elle se rappelle qu'étant en classe, elle a eu des syncopes à différentes

---

(1) Ralfe et Godlee, Suppression of urine caused by impaction of calculi in both ureters, relived by operation. *Brit. med. J.*, 1889, 1, p. 474. — *Lancet*, 1889, 1, p. 428.

(2) Berg, Fall of sten in ureteren hos en Geimma. *Hygiea*, 1888, Bd 51, n° 7.

(3) Byford, A Case of ureteritis. *N. Ann. pract.*, Chicago, 1887, 1, p. 28.

(4) Cabot, Another successful case of ureterolithotomy. *Bost. med. J.*, CXXIII, p. 613.

(5) Hall, Report of a case of extirpation of a calculus from the ureter by the combined abdomino-lumbar section. *New-York med. Rev.*, 1890, XXXVIII, p. 430.

(6) Bishop, Three cases of ureteral calculi impacted in the lower end of the ureter and removed by suprapubic cystotomy. *Edinb. med. J.*, vol. XLVIII, p. 47.

reprises, toujours précédées des mêmes crises, mais très légères en comparaison des crises actuelles.

Jamais d'urines sanguinolentes, rarement de fièvre. Aucun autre antécédent morbide. Rien de spécial du côté de l'intestin. L'utérus est petit, assez mobile, en situation normale ; le col est normal. Rien de particulier aux annexes droites. Très haut dans le pelvis gauche, au niveau de l'ovaire, nous percevons une tumeur du volume d'une mandarine, non adhérente, régulière, dure, peu sensible. Elle paraît située dans le ligament large et faire corps avec les annexes de ce côté. Nous songeons à l'existence d'un abcès de l'ovaire en communication avec la vessie.

L'intervention acceptée, nous avons recours à la laparotomie à cause de la situation élevée de la tumeur dans le bassin. Nous trouvons les organes génitaux, utérus et annexes, sains. Le rectum est dévié vers le milieu du bassin.

Sous les annexes et recouverte par le péritoine du ligament large se trouve la tumeur, allongée, dure, régulière, mobile, ayant son grand axe dirigé de haut en bas, d'arrière en avant. Elle est exactement située à 3-9 centimètres du détroit supérieur, à 5-6 centimètres de la vessie.

La dureté pierreuse de la tumeur, sa situation nous fait poser le diagnostic de calcul urétéral.

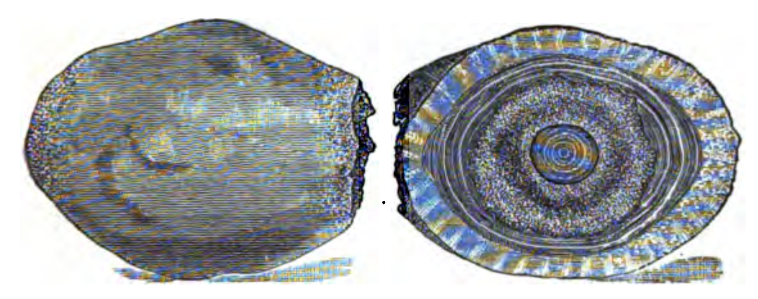
J'incise le péritoine au-dessus de la tumeur et écarte les 2 feuillets. L'uretère apparaît dilaté, très peu adhérent au tissu cellulaire voisin.

Je l'incise sur l'étendue de la tumeur et, passant le manche du bistouri sous l'extrémité inférieure de celle-ci, je la fais hernier hors de l'uretère. Le calcul enlevé, je passe une fine sonde urétérale jusque dans la vessie et vers le rein. Je constate qu'il n'y a plus de calculs.

La muqueuse de l'uretère, bien que plus épaisse que normalement, semble n'avoir aucune altération pathologique. L'épaisseur de la paroi peut atteindre 4-5 millimètres.

La dilatation de l'organe est limitée à la tumeur ; au-dessus et au-dessous du calcul, l'uretère reprend ses dimensions et son calibre normaux. Lorsque je fis l'incision de l'uretère, il s'écoula par la plaie une petite quantité d'urine très claire ; il est donc certain que, malgré le volume du calcul, l'urine passait entre les parois et la concrétion. Le rein, que je palpai, avait son volume normal ; de même le bassinet.

Le calcul a une surface très lisse, régulière, arrondie vers l'extrémité inférieure (vessie) très irrégulière à l'extrémité supérieure (rein). Il a 7 centimètres et demi de long, 4 centimètres de haut, 3 centimètres et demi à l'endroit de sa plus grande épaisseur. Sa forme est ovoïde allongée. Il pèse 44 *grammes.*



A la coupe le centre est formé par un noyau régulier, sphérique, du volume d'un pois. Autour de ce noyau, couche irradiée très irrégulière, foncée, d'environ 5 centimètres, puis la stratification concentrique reprend jusqu'à 1/2 centimètre de la surface, sous laquelle se trouve une dernière couche irradiée assez épaisse. Il est formé d'urates et de phosphates.

Après avoir extrait le calcul, je refermai la plaie urétérale par sutures séparées au fil de soie très fine; ces sutures prenaient toute l'épaisseur de la paroi urétérale, sauf la muqueuse. Au-dessus de ce premier plan de sutures, j'en plaçai un second à points séparés et enfin je recouvris le tout par une suture péritonéale au catgut en surjet. Les suites opératoires furent apyrétiques. Pendant 2 jours. les urines restèrent sanguinolentes, puis elles devinrent de plus en plus claires. Aucun symptôme anormal du côté abdominal.

Trois semaines après l'opération, la malade quittait Sainte-Anne dans des conditions générales et locales excellentes.

Revue depuis peu, la malade nous dit n'avoir plus souffert; ses urines restent abondantes et claires.

L'anamnèse nous fait supposer que ce calcul siégeait dans l'uretère depuis plus de 30 ans.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE PROLAPSUS DE L'URÈTHRE

par le docteur **W.-W. Lea** (Manchester (1)

Il n'est pas rare d'observer le prolapsus aigu de l'urèthre chez les enfants ; on l'observe aussi chez les femmes âgées, associé à des altérations séniles et au relâchement des organes génitaux. Mais sa production chez la femme bien portante, et à l'âge moyen de la vie, est très rare.

OBSERVATION. — La malade, non mariée, âgée de 35 ans, fut brusquement prise de dysurie, au commencement d'août 1900. Elle avait mené une vie active, et toujours elle avait joui d'une bonne santé. Jamais elle n'avait eu de maladie de la vessie ou de l'urèthre. Dix jours avant de consulter le docteur Lea, comme elle faisait des efforts de défécation, elle ressentit subitement une douleur à la région vulvaire, où se fit un gonflement, qui augmenta vite, causant un grand malaise, rendant la miction fort douloureuse et s'accompagnant de vives souffrances dans la région hypogastrique. Une légère hémorragie suivit l'émission d'urine. La femme supporta ces malaises pendant quelques jours, puis consulta le docteur Jeats, de Manchester, à la requête de qui le docteur Lea fut appelé en consultation. Les grandes lèvres écartées, on aperçut une masse arrondie occupant le siège du méat uréthral, et faisant saillie au-delà des petites lèvres. La surface de cette masse était rugueuse, fortement congestionnée, presque noire à cause du sang épanché. On voyait aussi des taches grisâtres, effets d'une nécrose superficielle. La tumeur était le siège d'une très vive sensibilité et saignait au moindre contact. A son centre existait une petite

(1) OBSERVATION communiquée à la *North of England obst. a. gyn. Soc*, 19 décembre 1902.

dépression, le long de laquelle on put passer promptement une sonde dans la vessie. L'ensemble rappelait un anneau d'hémorrhoïdes internes étranglées, bien que de dimensions moindres. Vessie d'apparence saine. Hymen intact, le vagin admettait un doigt. Utérus et annexes normaux.

Diagnostic : il s'agissait manifestement d'un *prolapsus aigu, avec étranglement de la muqueuse uréthrale.*

Le lendemain, chloroformisation. Il fut impossible de réduire le prolapsus par suite de la vive constriction exercée sur le collet de la tumeur par l'orifice externe de l'urèthre. Une incision circulaire fut alors faite près de la base de la tumeur, et toute la masse débordante excisée. Les bords de la muqueuse uréthrale incisée furent suturés avec du catgut fin. Après quoi, la réduction fut aisée. L'orifice uréthral restant très béant, pour prévenir une récidive du prolapsus, on excisa, à la partie inférieure du méat, un fragment de tissu en forme de coin, et l'on réunit par de fines sutures à la soie. Les malaises cessèrent aussitôt. Pendant quelques semaines, la fréquence des mictions resta augmentée, effet, apparemment, d'une cystite légère. Également, la muqueuse uréthrale resta gonflée, gonflement qui disparut après l'application de nitrate d'argent.

Depuis cette époque, environ 2 ans et demi, la femme est restée tout à fait bien portante ; il n'y a pas eu la moindre tendance à la récidive du prolapsus.

L'enquête faite au sujet de l'étiologie de ce prolapsus révéla les points suivants : la femme, une artiste, consacrait beaucoup de temps à dessiner et à peindre, se tenant assise sur un escabeau bas, à 3 pieds. Cet escabeau présentait en avant un ressaut contre lequel se trouvait pressée la région vulvaire, pression qui avait causé de l'irritation. Il est vraisemblable que cette pression prolongée a produit la dilatation du méat uréthral, et peut-être, simultanément, de l'excitation sexuelle. Il semble aussi que cette excitation soit entrée en jeu pendant la défécation, causant d'abord un petit prolapsus de la muqueuse uréthrale, prolapsus qui s'aggrava par les efforts et par les difficultés de la miction.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

Rupture spontanée de l'utérus survenue pendant le travail. Passage du fœtus et du placenta dans la cavité péritonéale. Laparotomie. Hystérectomie sus-vaginale. Guérison, LAFOURCADE, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1902, n° 31, p. 212. — Le trait capital de cette observation, c'est le mode de traitement adopté qui a sauvé le malade. Quant au fait lui-même, il ne présente rien de bien particulier. Femme de 42 ans, Vpare, ayant accouché 4 fois spontanément à terme, mais toujours après des accouchements pénibles, prolongés. Au 5e accouchement, travail également long, rupture prématurée des eaux, mais bonne présentation de l'enfant, aucune déformation pelvienne. A noter seulement une atteinte de grippe assez forte du 5e au 8e mois de grossesse. Au cours de l'accouchement actuel, et après de longues heures de souffrances, la parturiente éprouve tout d'un coup une *sensation de déchirure dans le ventre avec douleur atroce en coup de couteau.* Immédiatement, le travail s'arrête. Diagnostic, *rupture utérine.* On sent des parties fœtales immédiatement au-dessous de la paroi abdominale et une tumeur dure dans chaque flanc (utérus contracté et tumeur, etc.). Intervention rapide par la *laparotomie.* Extraction du fœtus passé entre les intestins, enlèvement du placenta, toilette rapide de l'abdomen et constatation d'une rupture utérine qui, comme cela est fréquent, présente une portion verticale (bord gauche de l'utérus) et une portion transversale continuant la première et filant sur la face antérieure de l'utérus au-dessus de l'isthme. Il y a, en outre, un épanchement sanguin et des caillots abondants, qui décollent à gauche le péritoine pelvien et que l'opérateur enlève. A cause des délabrements étendus, de l'état de contusion des lèvres de la déchirure, *hystérectomie sus-vaginale,* péritonisation soignée, sauf à la partie moyenne du ligament large gauche, ou un tube entouré de mèches de gaze assure le drainage sous péritonéo-pelvien. *Suites opératoires assez simples. Exeat* le 24e jour. L'examen histologique du tissu utérin n'y révéla que quelques traces de myosite interstitielle. R. L.

Sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale (Intorno alle indicazioni dell' isterectomia nelle infezioni puerperali), La Torre, *La Clinica ostet.*, septembre-octobre 1902, p. 321. — Les conclusions de ce travail sont : 1° L'hystérectomie, pour infection puerpérale, n'est indiquée que dans des circonstances rares : *a*) placenta retenu *in utero*, lorsqu'il est impossible de l'extraire par les voies naturelles et qu'il est en voie de putréfaction; en ces conditions, en effet, le développement d'une infection est certaine ;

b) Utérus farci d'abcès, le retour *ad integrum* étant bien difficile. Mais comment faire, cliniquement, le diagnostic de cet état pathologique ?

c) Lorsque dans les infections graves, les moyens thérapeutiques ordinaires ont échoué, le curettage, principalement, répété même plusieurs fois ; et que, d'autre part, on a de bonnes raisons de penser que le foyer infectieux est resté localisé. Mais il est bien difficile, en clinique, d'établir de façon précise qu'il en est ainsi.

Hors ces cas, l'auteur estime que les traitements actuels contre l'infection puerpérale sont suffisamment efficaces pour qu'on puisse se dispenser de recourir à l'hystérectomie. R. L.

Fistule vulvo-vagino-rectale par rupture de varices au cours de l'accouchement ; suppuration d'une glande de Bartholin; incision, raclage, extirpation d'un tractus veineux. Guérison (Fistola vulvo-vagino-rettale da rottura di varici nel parto, etc.), *La Clinica ostetrica*, 1902, n° 7, p. 241. — La rupture de varices vulvaires, vulvo-vaginales au cours de l'accouchement, et la formation d'hématomes qui en est la conséquence, ne sont pas évidemment des faits exceptionnels ; mais ce qui est rare, c'est la complication de fistule observée dans le fait actuel.

Observation. — 38 ans, menstruée à 12 ans, mariée à 21. VIIpares, 3 grossesses à terme, 3 avortements. Dernier accouchement 3 mois avant. Au cours de la grossesse, formation d'énormes varices à la vulve. Au cours de l'accouchement, rupture des varices, accidents qui, en l'absence d'un médecin, embarrassèrent fort la sage-femme, qui pensa à arrêter l'hémorragie en pressant de sa main sur la plaie. Un médecin ensuite maîtrisa l'hémorragie (il n'est pas dit comment). Au bout de vingt jours, des médecins enlevèrent à la cuillère le sang coagulé. Mais comme du pus continuait à sourdre de la plaie, le malade entra à l'hôpital, où l'on constata qu'il existait une cicatrice partant en haut, de l'union de la petite à la grande lèvre et se poursuivant en bas jusqu'à la fourchette ; que, de plus, une ouverture vers le milieu de la face interne de la grande lèvre laissait une sonde communiquer d'une part avec le vagin, à

une petite distance de son orifice, d'autre part avec le rectum, et remonter vers le mont de Vénus. Il y avait donc là une *fistule vulvo-vagino-rectale.*

Opération.— Incision large, mesurant 11 centimètres ; une glande de Bartholin en voie de suppuration est enlevée avec la curette ; curettage de toute la poche. Une veine qui traversait le sac est prise entre deux sutures, et la portion intermédiaire extirpée. Deux sutures en surjet, l'une profonde, la seconde moyenne. Puis affrontement exact des lèvres de l'incision par une suture à points séparés. *Guérison* régulière en 8 jours.

R. L.

Diagnostic entre la grossesse extra-utérine rompue et l'appendicite, Legueu, *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, 1902, n° 31, p. 923. — A l'occasion d'un rapport de M. Picqué sur 3 observations de grossesse extra-utérine, à l'occasion aussi de 2 observations personnelles où l'auteur avait cru à des attaques d'appendicite, alors qu'il s'agissait de grossesse extra-utérine rompue, L... s'occupe plus particulièrement du diagnostic différentiel de ces deux affections, fort difficile en certains cas : *a*) parce que, dans la grossesse extra-utérine, il n'y a pas toujours une suppression menstruelle nette ; *b*) qu'on ne note pas toujours, outre les signes cataclysmiques, un écoulement sanguin ; *c*) que même, en certains cas, la rupture d'un œuf extra-utérin situé à gauche se traduit par des signes locaux plus marqués à droite, etc. Toutefois, certains signes permettront de soupçonner, à l'occasion, de reconnaître la grossesse extra-utérine : *l'absence de contracture localisée à droite*, contracture de défense que provoque toujours la pression de la fosse iliaque dans l'appendicite, le *facies*, dont la pâleur contraste avec l'aspect plombé du facies appendiculaire ; la *syncope* ou la *tendance aux syncopes*, effet de l'hémorragie interne.

R. L.

De l'éclampsie, importance de la compression des uretères (Ueber Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression), A. Sippel, *Deutsche med. Zeitung*, octobre 1902, p. 1005. — Chez toute femme enceinte se forme une substance toxique, mais qui peut être éliminée. Que si, par compression des uretères par l'utérus gravide, la substance toxique est retenue dans le corps, l'éclampsie survient (rôle étiologique de la compression uretérale dans l'éclampsie, mis en relief, dès 1871, par Habertsma).

L'auteur cite les cas suivants : Obs 1. — 34 ans, forte, IVpare, atteinte d'éclampsie à 7 mois de grossesse. Visage cyanosé, respiration stertoreuse, pouls à peine perceptible, plus de 140, T. 40°,6.

La femme étant agonisante et l'enfant mort, rien ne fut tenté. A *l'autopsie*, une seule constatation, la *dilatation des uretères*. Obs. 2. — campagnarde, 33 ans, Vpare (4 grossesses antérieures, normales), prise d'accès éclamptiques à 7 mois de grossesse. A 3 heures le matin, 1[er] accès; au 6[e] accès, vers 10 heures du matin, coma profond. Pouls fort, température normale. Enfant en présentation du siège. On termina rapidement l'accouchement, la femme étant soumise à une narcose légère pour l'extraction de l'enfant. La version faite, mais la tête restant retenue par le col rétracté sur elle, incision sur la face antérieure du col jusqu'au cul-de-sac vaginal. Enfant de 1.150 grammes, mort-né. Les accès éclamptiques, qui avaient cessé un certain temps, revinrent, se succédant rapidement. *Mort*, le lendemain matin. *Autopsie :* on constata qu'un énorme caillot sanguin, formé par du sang issu de l'incision sur le col, s'était formé entre la vessie et la paroi antérieure de l'utérus, refoulant le cul-de-sac vésico-utérin jusqu'au niveau du fond de l'utérus, et la *dilatation des uretères*, principalement du gauche. De plus, au-dessous de la pie-mère et au niveau du lobe cérébral gauche, existaient deux hématomes, le plus gros du volume d'une noix. Au résumé, dans les deux cas, *dilatation marquée des uretères*.

R. L.

L'huile de térébenthine contre les hémorragies utérines (Das Oleum terebenthinæ bei Gebarmutterblutungen), Leniewitsch, *Med. Obosrenije* et *Wien. med. Presse*, 1902, n° 43, p. 1942. — Contre les hémorragies de l'utérus, l'auteur utilise, depuis 5 ans, des tampons imbibés d'huile de térébenthine, qu'on introduit dans la cavité utérine.

Tout d'abord, on badigeonne la paroi interne du col avec un glycéré phéniqué à 25 p. 100, et, au cas de nécessité, on procède à une dilatation immédiate du col (procédé d'Hégar). Cela fait, on tamponne la cavité utérine avec des bandes de gaze iodoformée (de 5 à 10 p. 100), et trempées dans l'huile de térébenthine. On introduit la gaze bien humectée (pas exprimée), un des bouts de la gaze pendant librement dans le vagin. Le vagin lui-même est badigeonné et séché avec de l'ouate hydrophile. *Séjour au lit.* Après 2 heures environ, lorsque les coliques provoquées par le tamponnement térébenthiné sont devenues assez fortes, enlèvement du tampon. Dans les cas où la malade ne peut être revue à bref délai,

on lui fait prendre de l'ergotine durant les 3 ou 4 jours qui suivent; survient un écoulement séro-sanguin plus ou moins abondant. En même temps qu'il se tarit, les métrorrhagies d'ordinaire cessent aussi. Il est rare qu'on soit obligé de mettre (4 à 5 jours après le premier) un second tampon. Traitement sinon définitif, du moins efficace. A employer principalement dans les cas de myomes interstitiels, endométrite hémorragique, métro et ménorrhagies de la ménopause.

R. L.

Cas d'hydramnios aiguë dans une grossesse triple à œuf unique. (Fall von akutem Hydramnion bei eineiigen Drillingen), V. BRAITENBERG, *Deutsch. med. Zeit.*, 1902, n° 78, p. 928. — La littérature médicale renferme de nombreuses publications sur les accouchements triples, le plus souvent à 3 œufs ou à combinaison de 2 œufs et d'un. Récemment Samter a réuni tous les cas d'accouchements triples, à *œuf unique*, qu'il a pu retrouver en interrogeant la littérature médicale jusqu'en 1866, soit 8. Le fait de Braitenberg représente donc le 9e cas de ce genre; il se distingue des autres par l'apparition d'une hydramnios aiguë, phénomène observé parfois aussi dans les grossesses gémellaires. La cause de cette hydramnios resta introuvable. La femme était une primipare de 37 ans. Les 3 fœtus étaient du sexe féminin et du poids d'environ 400 grammes. Ils vécurent un peu plus d'une heure. Le placenta était mince, épais d'un centimètre seulement, mais de largeur normale (15 centimètres). La cavité générale de l'œuf était séparée par deux amnios ; mais le chorion était unique et entourait l'œuf.

R. L.

De la pénétration dans les vaisseaux maternels des villosités choriales (Die Verschleppung der Chorionzotten), W. POTEN, *Deutsch med. Zeit.*, n° 78, p. 928, et *Arch. f. Gyn.*, Bd 66, Heft 3. — On sait que dans les nodules métastatiques, observés dans les cas de chorio-épithéliome malin ou de grossesse môlaire, on a trouvé maintes fois des villosités placentaires. Et l'on a vu dans ces produits des inoculations intra-veineuses de portions villeuses, formant embolies. Ces constatations conduisirent à se demander jusqu'à quel degré, en conditions normales, c'est-à-dire quand la grossesse évolue régulièrement, des villosités choriales pénètrent dans les vaisseaux maternels. Déjà, nombre d'auteurs avaient

signalé l'inoculation ou du moins la pénétration dans les vaisseaux maternels de portions du syncitium, très peu au contraire de portions de la couche cellulaire de Langhans. Poten examina 8 utérus, les uns des premiers mois, les autres des derniers mois de la grossesse, dans lesquels le chorion ou le placenta étaient encore en leur situation normale, et, *dans tous les cas*, il put constater la pénétration de villosités entières ou de portions syncitiales (surtout aux premiers mois de la grossesse), au point qu'on est en droit de supposer qu'il s'agit là d'un phénomène qui se produit régulièrement dans toute grossesse. Suivant l'auteur, ces portions villeuses, en embolie, se désintègrent peu à peu sans laisser de traces dans la circulation maternelle, en sorte que le processus n'aurait aucune importance physiologique ou pathologique, opinion qui a son importance par opposition aux conclusions de portée si grande tirées par Veit du fait de la pénétration d'éléments fœtaux dans l'organisme maternel (production du rein gravidique, pigmentation de la grossesse, décollement prématuré du placenta, etc.). D'ailleurs, l'auteur envisage aussi le côté théorique de la question : et, après avoir rappelé l'importance du rôle des embolies villeuses sur la formation primitive, en dehors de la zone ovulaire, de chorio-épithéliome malin et sur la production de métastases malignes, il émet l'idée que cette embolisation de portions fœtales, combinées avec les destructions plus ou moins importantes des villosités, peut favoriser la contamination syphilitique de l'enfant par la mère ou inversement.

R. L.

De la rupture de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse (Zur Frage der Uterusruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft), K. Kober, *Deutsche med. Zeit.*, octobre 1902, p. 937. — Il ne faut jamais, suivant l'auteur, curetter l'utérus avant l'apparition des contractions utérines. Il ne faut pas non plus faire la dilatation forcée, parce qu'elle expose trop à des déchirures de tissu, mais recourir plutôt durant les trois premiers mois à la dilatation progressive, durant les derniers mois à la métreuryse.

Quand des contractions utérines se sont produites et qu'il existe une dilatation suffisante, s'il s'agit d'un avortement incomplet, c'est-à-dire de rétention de débris ovulaires *in utero*, tenter d'évacuer l'utérus d'abord avec la cuiller double. En cas d'échec seule-

ment, s'armer de la curette ; encore convient-il de ne se servir que d'instruments larges et mousses.

R. L.

De la vulvo-vaginite infantile, A. BUSCHKE, *Deutsche med. Zeit.*, septembre 1902, p. 927. — Tant qu'il y a de la douleur, de l'irritation, le traitement doit se réduire à des applications de solution d'acétate d alumine et au repos. La période aiguë passée, le médecin fait quotidiennement, à l'aide d'une sonde de Nélaton, un lavage avec une solution tiède de protargol de 1/2 à 1 p. 100, lavage qui est répété 5 à 6 fois par jour à domicile, par quelqu'un de l'entourage du malade. Au lieu des injections, on peut employer des suppositoires de 1 à 2 p. 100 de protargol ou de 1 à 3 p. 100 d'argonine, ou de 1 à 2 p. 100 d'argentamine. La gonorrhée rectale est susceptible du même traitement (irrigations et suppositoires). Quant à la gonorrhée uréthrale, elle ne réclame aucun traitement spécial. Le *pronostic*, quant à la durée, est plutôt défavorable. Même avec un traitement minutieux et prolongé, l'affection peut durer des mois, des années même, et récidiver après guérison apparente. Les petits malades doivent être soumis à la surveillance médicale pendant au moins une année. Les études n'ont lieu d'être interrompues qu'au stade de sécrétion abondante.

R. L.

Varices lymphatiques chez une femme enceinte. Rachicocaïnisation. Accouchement à terme. Guérison parfaite 11 mois après, TUFFIER, *Bull. et Mém. Soc. chirurgicale de Paris*, 1902, n° 33, p. 101. — Femme de 46 ans, à 6 mois de grossesse. Au niveau de la région inguinale droite, tumeur, dont le début remontait à 3 mois, irrégulière, composée de vésicules de volume inégal, étalée dans la région inguinale droite sous forme d'une plaque de la largeur de la paume de la main. De consistance molle, indolore à la pression, assez mobile sur les plans sous-jacents, cette tumeur spongieuse se vidait sous les doigts qui la comprimait. La tumeur s'étant accrue en dépit du repos, on procéda à son extirpation, après rachicocaïnisation, et l'on put constater qu'elle était formée par un lacis de vaisseaux lymphatiques, à contenu clair (varices lymphatiques).

R. L.

Rétroversion de l'utérus gravide. Son traitement chirurgical, A. Doléris, *la Gynécologie*, octobre 1902, p. 386. — D... relate en détail deux observations intéressantes dans lesquelles il a traité la rétroversion de l'utérus gravide par la laparotomie, suivie : de la *suppression* des conditions pathologiques anormales associées à la déviation (kyste de l'ovaire, brides utéro-intestinales, utéro-pelviennes, etc.), de la *réduction* de l'utérus dévié et de sa *fixation* en bonne posture par un procédé spécial d'hystéropexie abdominale, observations qui portent à 3 le nombre des cas de ce genre qu'il a observés. Ces deux dernières interventions ont été suivies de succès (bonne continuation de la grossesse, accouchement à terme, suites de couches régulières, etc.).

Or, de l'étude attentive de ces faits et de son expérience antérieure, M. Doléris développe sur le thème de la rétrodéviation de l'utérus gravide un certain nombre de considérations intéressantes que voici : « J'estime, écrit-il, qu'il y a lieu d'établir une première distinction entre les rétrodéviations de l'utérus gravide suivant qu'il s'agit, comme pour l'utérus non gravide, d'une déviation au premier degré ou d'une déviation complète. Dans le premier cas, l'utérus renversé repose sur le Douglas peu abaissé, le déprime lentement, finit par se libérer de lui-même au décours du deuxième ou du troisième mois. Dans le second, déviation complète, l'utérus est complètement renversé, verticalement situé dans le Douglas très approfondi ; il est là comme une bouteille reposant sur le fond, tandis que le col est reporté au-dessus de la symphyse. Dans le premier cas, il y a peu ou pas d'abaissement, de colpocèle, très peu d'affaissement du plancher pelvien. Dans le second, ces conditions sont, au contraire, au *maximum*. On comprend dès lors que la première variété, dans laquelle les altérations des tissus, qui constituent des conditions prédisposantes sont, peu accentuées, soit susceptible de guérir spontanément, ou, au pis aller, de se terminer par un avortement dont la cause vraie doit souvent échapper à l'accoucheur. On comprend aussi qu'elle cède à la série de traitements et de manœuvres qui réussissent d'ordinaire.

Mais il faut convenir que, dans la deuxième variété, rétroversion complète, l'incarcération devient la règle. Et dès lors, suivant la tolérance de l'utérus, l'avortement se produit, ou bien ce sont les complications habituelles qui apparaissent et appellent l'attention. Ce n'est pas tout. Il faut aussi envisager l'état du col,

du segment moyen principalement. Il peut être allongé anormalement. Cette condition favorise la rétroflexion à angle aigu et rend les manœuvres de réduction hâtives, très difficiles, en même temps qu'elle empêche le maintien de l'utérus en bonne situation et facilite les récidives, même si l'on a la précaution d'appliquer un pessaire. Le col peut être normal dans ses dimensions et, dans ce cas, les conditions paraissent meilleures pour la reposition. Enfin, il faut envisager aussi le rôle des adhérences anciennes, soit de l'utérus, soit des annexes, dans certains cas de rétroprolapsus anciens et de déplacements de celles-ci.

C'est à ces rétrodéviations complètes que M. Doléris réserve le traitement chirurgical qu'il énonce : *laparotomie libératrice de l'utérus rétrodévié, suivie de sa réduction directe et de sa fixation en position normale.*

Quant au procédé spécial d'*hystéropexie*, il se résume à ceci : transfixion des bords des muscles droits, engagement à travers cette boutonnière d'une anse de chacun des ligaments ronds, suture de chacune de ces anses ligamenteuses à sa congénère et à l'aponévrose ; fermeture du péritoine au catgut ; occlusion des téguments aponévrotiques et cutanés par des crins de Florence.

R. L.

Kyste dermoïde volumineux compliquant le travail (Case of a large dermoid cyst complicating labour), par Macaulay, *The Lancet*, 1902, p. 1902. — L'observation est au moins très rare. Au cours d'un accouchement laborieux, chez une femme normalement conformée, et le fœtus se présentant par le sommet, on fait, parce que le travail se prolonge, que la tête fœtale ne progresse pas, des tentatives d'extraction avec le forceps, tentatives qui, d'abord, restent à peu près sans résultats. Tout d'un coup, sans que rien ait fait soupçonner sa présence, et dans un intervalle entre les tractions, une tumeur kystique, longuement pédiculée, plus grosse qu'une tête d'enfant, fait irruption hors de la vulve. De cette tumeur ponctionnée, le forceps ayant été retiré, s'écoule une substance épaisse, verdâtre, pultacée. La tumeur évacuée et maintenue en place, hors de la vulve, on applique de nouveau le forceps, avec lequel on extrait aisément un enfant mort. Délivrance spontanée quelques minutes après. Un certain temps après, on procède à un examen plus complet du conduit utéro-vaginal, et l'on constate que la tumeur, pri-

mitivement abdominale, était engagée dans le canal utéro-vaginal à travers une déchirure intéressant le col, à gauche, déchirure cervicale et migration de la tumeur ayant été vraisemblablement les effets des pressions réciproques développées au cours des tentatives d'extraction avec le forceps. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, il est permis de conclure à un *kyste dermoïque d'origine ovarique*.

R. L.

Rapport sur 6 cas d'accouchement prématuré au moyen de la bougie métallique élastique, d'après le procédé de Knapp (Bericht über sechs Falle von kunstlicher Frühgeburt mittels elastischer Metallbougie nach Knapp), par Scheib, *Wien. klin. Wochensch.* et *Deutsch med. Zeitung*, novembre 1903, p. 1053. — Des observations de l'auteur, il ressort qu'on ne risque pas davantage avec la sonde métallique élastique de produire des déchirures qu'avec la bougie-gomme de Krause. *Efficacité*: Dans 5 cas sur 6, les contractions se montrèrent dans un intervalle de temps qui varia de trois quarts d'heure à 5 heures et demie. Dans 2 cas, après enlèvement de la bougie, on termina l'accouchement par l'extraction, tandis que dans 3 autres, une fois la bougie enlevée, on eut recours à la métreuryse (procédé de Barnes ou de Braun), qui fut suivie de la terminaison rapide de l'accouchement. Dans un cas, l'introduction de la bougie s'accompagna de la rupture des membranes. La bougie fut laissée 14 heures, mais, des contractions n'étant pas survenues, on la retira. 4 heures après, le travail survint spontanément. Sauf un retard d'involution utérine *post partum*, chez une des 6 femmes, on ne releva rien de fâcheux, ce qui prouve l'innocuité du procédé.

Avantages de la bougie métallique : 1° possibilité d'une désinfection rigoureuse par la coction (10 minutes dans une solution sodique à 1 p. 100) ; 2° flexibilité plus grande, qualité surtout appréciable pour les cas de déformations pelviennes, d'accessibilité difficile du col, etc. ; 3° efficacité rapide du procédé.

Perforation utérine instrumentale, par Fieux et Lafond, *Revue mens. de gyn., obst. et pædiatrie*, 1902, n° 6, p. 212. — L'accident est survenu chez une femme, accouchée depuis sept jours, et entrée à l'hôpital, parce qu'elle était sous le coup d'une infection grave quant à son origine, une rétention placentaire. L'accouchement avait été normal ; mais, la délivrance tardant, la sage-femme avait administré

de l'ergot de seigle, puis, par des tractions imprudentes, cassé le cordon. En suite de quoi, les jours suivants, putréfaction du placenta retenu, infection, etc. Entrée à l'hôpital, l'accouchée était dans un état très grave. Les seules chances de salut sont dans le nettoyage de l'utérus, l'enlèvement des restes putréfiés du placenta. On y procède par le curettage (curette mousse de Lefour), qu'on fait suivre d'une injection intra-utérine. Mais, l'opérateur voyant l'état de la femme brusquement s'aggraver (pâleur, rapidité du pouls), interrompt l'injection et tamponne à la gaze iodoformée. La malade, rapportée dans son lit, meurt environ 4 heures après. A *l'autopsie*, on constate une perforation intéressant, de part en part, la paroi utérine postérieure, et faite probablement avec la sonde irrigatrice. Dans la *discussion* dont ce fait fut le point de départ à la *Soc. de gyn., d'obst. et pæd.* de Bordeaux, on fit surtout ressortir le danger réel qu'entraîne la manœuvre de la sonde intra-utérine dans les utérus dont le tissu est rendu particulièrement friable par l'action de processus septiques graves et prolongés.

R. L.

Ferita penetrante dell' addome con fuoriuscita di 10 cent. del tenue. Laparotomia. Guarigione, per il Dott. Coen, *Ospedali Riuniti de Livorno*, 1902. — Dans cet ospuscule, Coen rapporte l'observation intéressante d'un jeune homme de 24 ans qui reçut un coup de couteau dans le ventre ; par la plaie de la paroi abdominale 30 centimètres d'intestin grêle sortirent au dehors ; la laparotomie, qui ne fut faite que 10 heures après l'accident, permit de constater quatre plaies pénétrantes de l'intestin grêle et deux du mésentère ; toutes ces plaies furent suturées à la soie, et le malade guérit. Ce cas n'est intéressant que par le laps de temps relativement long (10 heures) qui s'écoula entre l'accident et l'opération ; aujourd'hui, c'est un fait admis par tous sans discussion que le seul traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen est la laparotomie faite le plus rapidement possible.

P. Lecène.

Nuovo letto per operazioni chirurgiche, per il Dott. Coen (*ibid.*). — L'auteur décrit dans ce petit travail, orné de 4 figures, une nouvelle table d'opération qu'il a fait construire récemment ; il en vante la solidité, la facile manœuvre du renversement à la Trendelenburg ; de plus, la table est mobile dans un plan horizon-

tal, ce qui permet aux chirurgiens de haute stature comme à ceux de petite taille de s'en servir avec une égale commodité.

P. Lecène.

Traitement chirurgical des paramétrites cicatricielles, par le professeur Dm. Ott, *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, septembre 1901.

L'auteur s'est posé la question de savoir s'il n'y avait pas moyen d'intervenir dans les cas de paramétrite cicatricielle où le massage ne pouvait plus être utile par suite de la transformation des produits inflammatoires en tissu conjonctif.

Pour indiquer le principe de son opération, il prend l'exemple le plus typique de paramétrite cicatricielle, cicatrice formée dans la partie inférieure du ligament large. Dans ce cas, l'utérus dans sa portion correspondante sera plus ou moins attiré vers l'une des parois latérales du bassin.

Si on sectionne cette cicatrice d'avant en arrière dans la direction sagittale et en tirant l'utérus du côté opposé du lieu où se trouvait la cicatrice, ses bords s'écarteront au niveau de la section et formeront un espace ovale vide.

En associant artificiellement la cicatrice sectionnée, et en attirant l'utérus du côté opposé à celui où il a été attiré par la cicatrice, la longueur de la fente, formée par la section de la cicatrice, deviendra peu à peu transversale au lieu d'antéro-postérieure.

Par une série de sutures on réunit la section dans une direction opposée à celle dans laquelle cette section a été faite. Par ce moyen, on supprime la déviation utérine qui a existé auparavant.

Le procédé opératoire ne peut pas être uniforme pour tous les cas, vu la variété des cicatrices paramétriques et leurs rapports topographiques vis-à-vis des organes voisins.

Par exemple, on ne peut sectionner les cicatrices dans la région des ligaments utéro-sacrés, sans ouvrir le péritoine.

Quand la cicatrice est profonde, il est difficile de combler l'espace de la section par le tissu sain, et malgré la suture par étages la cicatrisation se fait en partie par intention secondaire.

Mais, d'après le professeur Ott, cette cicatrisation n'est pas une contre-indication, car d'un côté elle peut ne pas exister et, d'autre part, si elle existe, le tissu conjonctif nouvellement formé pourra plus facilement céder au massage que le vieux tissu cicatriciel.

BIBLIOGRAPHIE

Guide de thérapeutique obstétricale, par P. Puech. — *Vade-mecum* très utile au praticien. L'auteur, en bon clinicien, a présenté, de façon claire, la série des indications qui se peuvent présenter en pratique obstétricale, et à côté de ces indications, il a *formulé*, parallèlement et de façon aussi claire que concise, les traitements qu'il recommande.

R. L.

La « Puériculture », hygiène et assistance, par G. Eustache. — Traité intéressant pour tous ceux que préoccupe le problème de la repopulation. On peut dire que l'auteur fait de la puériculture avant et après la lettre. Il rappelle, en effet, que pour procréer des enfants sains, les procréateurs, eux-mêmes, ne doivent pas être des avariés (alcool, syphilis, etc.). Puis, il montre la bonne influence de la puériculture pendant la grossesse, rappelant à ce sujet l'initiative du professeur Pinard (bonnes conditions d'hygiène assurées à la femme enceinte dans le but d'avoir des fœtus mieux développés), et s'occupe de façon très étendue de ce qui a particulièrement trait au nouveau-né (conditions d'un bon allaitement et protection effective, matérielle et morale). Parmi les idées suggestives le plus à signaler, citons celle-ci : la loi Roussel, en forçant les nourrices à nourrir leurs enfants au sein jusqu'à 7 mois, ou, sinon, à leur assurer ce mode d'allaitement jusqu'à 7 mois, rendrait le recrutement des nourrices plus difficile, si elle était rigoureusement appliquée. Mais les infractions à cette loi sont extrêmement nombreuses, et cela au grand dommage des enfants des nourrices, le plus souvent élevés au biberon, avec les conséquences de ce dernier. Or, ne pourrait-on pas modifier la loi Roussel en ce sens, que la nourrice entrant dans une famille y devrait conserver son enfant, pour donner le sein aux *deux* nourrissons ?

R. L.

Raccourcis de médecine sociale et professionnelle, par P. Berthod. — Idée directrice de ce livre : *il faut que la médecine scientifique ou pratique participe à la mêlée générale pour la vie individuelle et sociale, devenant ainsi la médecine sociale.* L'auteur envisage successivement, avec humour, les questions ayant trait à l'assistance publique, l'enseignement médical, les questions médico-sociales, professionnelles, etc.

R. L.

La galerie de la clinique obstétricale, portraits et biographies, par F. La Torre, vol. I, Rome, 1902. — Dans ce premier volume, on trouve la biographie, scientifique et souvent anecdotique, de nombreux accoucheurs et gynécologues (Apostoli, Landau, G. Bantock, A. Doran, Budin, A. Cordes, A. Dührssen, etc.).

R. L.

Hygiène de la femme, par Platon et Sépet. Paris, C. Naud, 1902.

L'hystérectomie pendant l'accouchement et l'état puerpéral (Della Isterectomia nel parto e nel puerperio), par Giuseppe Trotta. Napoli, 1902. — Dans sa thèse, faite sous l'inspiration du professeur Morisani, G. Trotta étudie successivement l'hystérectomie pour infection puerpérale, celle pour rupture, pour fibrome, pour cancer du col, pour rétrécissements du bassin, pour hémorragie, pour rétrécissements dus à des lésions des parties molles (atrésie cicatricielle du vagin), pour des causes diverses (hystéropexie abdominale ou vaginale, tumeur de l'ovaire, coexistence d'une grossesse utérine et d'une grossesse extra-utérine, etc.). Chaque chapitre est suivi d'une bibliographie assez étendue. Aussi, croyons-nous que cette thèse mérite d'être utilement consultée par tous ceux qui s'intéressent à ces questions.

Nouveaux procédés d'exploration, par Ch. Achard, Paris, 1902. — Chargé de faire à la Faculté le cours de pathologie générale pendant l'année 1901, M. Achard a été amené à exposer les divers procédés d'exploration dont la médecine s'est enrichie pendant ces dernières années. Ce sont les leçons portant sur cette partie de son cours qu'il a réunies en un volume, intéressant pour tous les

médecins, quelle que soit la spécialisation qu'ils aient choisie. La radiologie, quelques sujets d'hématologie (formules leucocytaires, ferments du sang, séro-diagnostic), la cryoscopie, l'exploration du rein par l'élimination provoquée y sont successivement décrits. Écrites avec la netteté, la précision qui caractérise tout ce que publie M. Achard, ces leçons, où l'on trouve l'exposé de questions nouvelles, méritent d'attirer l'attention de tous ceux que les progrès de la pathologie générale intéressent.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

CONCOURS ANNUEL (PRIX JACOBS)

Sujet : Etude critique du traitement actuel de l'éclampsie puerpérale.

Conditions : Les travaux, écrits en français ou accompagnés d'une traduction française, devront être déposés entre les mains du Secrétaire général de la *Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique* (Docteur CH. BORREMAN, 77, rue Faider, Bruxelles), avant le 1[er] janvier 1904.

Les manuscrits porteront une épigraphe ; ils seront accompagnés d'un pli cacheté, sur lequel sera reproduite l'épigraphe, qui contiendra les noms et l'adresse de l'auteur.

Au travail qui en sera jugé digne, il sera décerné une récompense de 300 francs.

Le travail couronné sera publié *in extenso* dans le Bulletin. Il en sera attribué à l'auteur 100 exemplaires tirés à part.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imp. E. ARRAULT et C[ie], 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

DE LA FIÈVRE DE GROSSESSE

Par M. le professeur **Adolphe Pinard.**

Dans le cours de cette année nous avons reçu et observé à la Clinique Baudelocque un grand nombre de femmes enceintes ayant un état fébrile. Tandis que plusieurs de ces femmes étaient près du terme ou dans les derniers mois de la grossesse, d'autres présentaient une gestation au début ou ne datant que de quelques mois. Chez l'une d'entre elles, actuellement encore dans le service, et qui fut apportée étant enceinte de 4 mois environ, nous avons cherché pendant longtemps la cause de son état fébrile avant de la dépister, de la saisir et enfin de la faire disparaître.

Or, à propos du diagnostic différentiel discuté devant nos élèves, parmi toutes les hypothèses émises dans les différents cas ne figura jamais celle de *fièvre de grossesse*. Voici pourquoi :

La fièvre de grossesse, *la fièvre des femmes enceintes*, *la fièvre propre aux femmes enceintes*, *la fièvre gravidique* fut admise et décrite pour la première fois par un auteur anglais, accoucheur de grand mérite, John Burns, professeur royal de chirurgie à l'Université de Glasgow, dans son *Traité des accouchements* (1). Ce livre eut 10 éditions, de 1809 à 1843. Celle de 1837 fut traduite par un Français, Galliot ; d'autres éditions furent traduites en allemand. Pour faire comprendre

(1) *The Principles of Midwifery including the Diseases of Women and Children*, in-8, 1809.

en quelle estime les hommes compétents tenaient Burns, je citerai ces quelques lignes de Siebold (1) :

« L'ouvrage du célèbre professeur de Glasgow est, à la fois, complet et clair et se distingue par des qualités essentielles ; il n'a pas peu contribué à élever l'obstétricie anglaise au niveau où elle se trouve aujourd'hui. Il a accordé une attention spéciale aux maladies des parties génitales, ainsi qu'aux maladies des femmes enceintes, en travail et accouchées. Partout, il a ouvert les trésors de sa vaste expérience pour en faire part au lecteur, qui ne pourra jamais lui adresser le reproche d'avoir exposé des théories. »

Or, dans son livre, J. Burns admet et décrit, non pas seulement un *état fébrile propre aux femmes enceintes*, débutant avec la conception et pouvant persister pendant toute la durée de la grossesse, mais encore une autre « espèce de fièvre qui peut affecter les femmes vers le milieu de la grossesse et qui arrive subitement comme le paroxysme régulier d'une douleur, état que l'on peut appeler *fièvre de grossesse* et qu'il ne faut pas confondre avec celui qui naît d'une maladie locale, comme celle des poumons ou du foie », et il ajoute : « Cette maladie est très tenace et se termine souvent par l'avortement ; après quoi, si la malade ne succombe pas rapidement sous les efforts du mal, elle commence à revenir, etc. »

Ainsi, pour Burns, il y a deux espèces de fièvre de grossesse, l'une débutant presque avec la conception, pouvant durer plus ou moins longtemps, mais peu grave ; l'autre débutant vers le milieu de la grossesse, à symptômes plus accusés, et pouvant déterminer l'avortement d'abord et la mort ensuite.

Jacquemier admet la réalité de cette entité morbide, et, après avoir résumé l'opinion et la description de Burns, il

(1) *Essai d'une histoire de l'obstétricie* par Ed. Gasp. Jac de Siebold. (Traduit avec addition, figures et un appendice, par F.-J. Herrgott, t. II, p. 664 et 665). Paris, G. Steinheil, éditeur.

relate en cinq lignes *deux cas de fièvre de femmes enceintes* qui se sont offerts à son observation (1).

Dans leur *Traité de l'art des accouchements*, S. Tarnier et P. Budin consacrent un article spécial à la *fièvre propre aux femmes enceintes* (2). Après avoir reproduit les passages saillants du chapitre de Burns et rappelé les divers cas de Jacquemier, ces auteurs ajoutent, tout d'abord, une observation de Grisolle en trois lignes et une observation de Charcot en une ligne et demie. Mais ils enrichissent la statistique de trois cas observés par Tarnier, où la fièvre de grossesse avait simulé une fois la fièvre rémittente et deux autres fois la fièvre typhoïde. Et ils s'expriment ainsi en terminant leur article :

« Les états fébriles que nous venons de décrire sous le nom de *fièvre propre aux femmes enceintes*, sont peut-être multiples et n'offrent pas de symptômes caractéristiques. Ils ont été confondus avec la fièvre produite par la phtisie pulmonaire, la fièvre rémittente, la fièvre typhoïde ; on pouvait donc mettre en doute leur existence comme entité morbide. Pour nous, nous croyons à leur réalité, mais nous pensons qu'ils sont encore mal connus, mal classés, parce qu'ils ont été peu étudiés. Au lieu de les passer sous silence, nous appelons sur eux l'attention, dans l'espérance que leur symptomatologie, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement seront étudiés avec le temps et de nouvelles observations. »

Dans son excellent livre, Ch. Vinay (3) discute la réalité de la fièvre de la grossesse et admet que la grossesse n'agit, en quelque sorte, que de seconde main et par l'intermédiaire de maladies spéciales et individualisées :

« Il ne peut donc, dit le médecin lyonnais, s'agir d'une action directe, comme l'ont admis les auteurs que nous avons cités ; les découvertes dans la pathogénie des maladies fébriles, de

(1) Jacquemier, *Manuel d'accouchements*, etc., t. I, p. 345.
(2) T. II, ch. II, article V, p. 26 et 27.
(3) *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894, p. 54.

même que les progrès de l'analyse clinique, montrent de plus en plus le rôle effacé et secondaire de la gestation dans la production de la fièvre. »

Aucun travail sérieux, se recommandant par la notoriété de l'auteur, n'a paru dans la littérature obstétricale depuis cette époque, aucune observation documentée n'a été produite, malgré l'appel de Tarnier et Budin.

Ceci prouve, une fois de plus, que l'autorité des faits est supérieure à la notoriété des noms.

Aucune observation n'a été donnée, pour cette raison très simple : c'est que la *fièvre propre aux femmes enceintes n'existe pas.*

De nature essentiellement scolastique, cette entité morbide n'a jamais servi qu'à masquer, je ne dis pas une erreur, mais une absence de diagnostic.

Je considère, pour ma part — et c'est l'objet de cette note — qu'il est absolument nécessaire de faire disparaître ce chapitre de la pathologie de la grossesse, car non seulement il est inutile, mais il est, de plus, dangereux.

En effet, la croyance à la réalité de la fièvre de grossesse empêchera de rechercher avec patience et ténacité la cause véritable d'un état fébrile chez une femme enceinte et, par cela même, de recourir à une thérapeutique éclairée et efficace.

Inversement, la négation *absolue* de la fièvre de grossesse commandera l'analyse attentive et rigoureuse des symptômes cliniques chez toute femme enceinte présentant un état fébrile pendant la gestation.

C'est ainsi que l'on pourra dépister l'existence d'affections inconnues des auteurs ci-dessus cités, telles que l'appendicite, les torsions de tumeurs plus ou moins volumineuses (hématosalpinx, hydrosalpinx, kystes de l'ovaire, etc.), la cholécystite, etc., affections déterminant un état fébrile chez les femmes enceintes.

Je tiens à répéter que pendant la grossesse il n'y a pas plus de *fièvre essentielle* que de *péritonite spontanée*.

Chez toute femme enceinte présentant un état fébrile ou des phénomènes de réaction péritonéale, la gestation doit être bannie de la pathogénie et de l'étiologie de cette fièvre. Il faut chercher, rechercher jusqu'au moment où, ayant dépisté la véritable cause, on peut faire œuvre de médecin, c'est-à-dire opposer à cette cause une thérapeutique véritablement rationnelle.

Chez la malade dont j'ai parlé au début de cette note, une laparotomie découvrit et permit d'extirper un ovaire rempli de pus.

Voilà quelle était sa « fièvre de grossesse » !

KYSTE DU VAGIN OBSERVÉ ET TRAITÉ PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

Par M. **A. Couvelaire.**

J'ai observé à la Clinique Baudelocque un cas de kyste du vagin, que j'ai pu suivre pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. J'en ai pratiqué l'extirpation dans le cours de la cinquième semaine du *post partum*. J'ai fait enfin l'étude histologique de ce kyste. C'est donc au triple point de vue obstétrical, chirurgical et histologique que je puis rapporter cette observation.

La femme qui présentait ce kyste du vagin fut admise à la Clinique Baudelocque le 9 août 1902. Elle était venue à la consultation non seulement parce qu'elle était enceinte et près du terme, mais surtout parce que, depuis les premiers mois de sa grossesse, elle sentait « descendre quelque chose » hors de sa vulve.

Voici les renseignements fournis par elle sur ses antécédents :

Elle a marché à un an et toujours bien depuis cette époque. Pendant son enfance elle n'a eu qu'une maladie infectieuse, la variole.

Ses règles apparurent à 14 ans ; elles sont depuis l'âge de 15 ans régulières, non douloureuses, durent 6 jours et sont très abondantes.

A 26 ans elle s'aperçut, pour la première fois, de la présence d'une hernie crurale, qui fut opérée 4 ans après avec succès.

A 29 ans elle aurait eu quelques rapports sexuels (les premiers), puis s'en serait abstenue jusqu'à 35 ans.

A 35 ans, de septembre à novembre 1902, elle aurait eu de nouveau quelques rapports, et c'est de cette époque que date le début de sa première grossesse.

Ses dernières règles finirent le 1er novembre, son dernier rapport serait du 3 novembre.

Sa grossesse évolua sans incident pendant les premiers mois ;

puis, de temps en temps, surtout lorsqu'elle était restée un certain temps debout, ou après un effort, survinrent une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et des sensations non douloureuses, mais gênantes du côté de la vulve et du rectum. Un peu de leucorrhée empesait chaque jour son linge.

Un jour que ces sensations l'incommodaient particulièrement, elle eut la curiosité d'aller voir ou, du moins, de toucher et sentit au doigt une tumeur qui entrouvrait la vulve ; une simple pression la fit rentrer dans le vagin.

Elle crut à « une descente de matrice » et ne s'en préoccupa pas davantage. Mais lentement, progressivement, la tumeur eut tendance à sortir plus souvent et davantage.

La réduction, qui d'abord s'effectuait spontanément dès qu'elle prenait la situation horizontale, ne se produisit plus qu'avec le doigt. Dès qu'elle était debout, la tumeur sortait et la gênait fort pendant la marche.

Aussi finit-elle par se décider à se faire examiner, d'autant que le terme de sa grossesse approchait.

Elle se présenta donc à la consultation de la Clinique Baudelocque où on lui conseilla d'entrer immédiatement.

Je l'examinai le 9 août et voici ce que je constatai :

Le fond de l'utérus remontait à 34 centimètres du bord supérieur de la symphyse. L'utérus renfermait un enfant vivant se présentant par l'extrémité céphalique. La tête n'était pas engagée, simplement fixée.

En examinant la vulve, je ne notai rien de particulier.

Je la fis pousser, et immédiatement fit saillie dans l'orifice vulvaire une tumeur ovalaire, du volume d'un œuf de poule, recouverte par une muqueuse un peu pâle, tachetée de fines arborisations vasculaires, lisse, sans rides (Voyez la photographie ci-jointe, pl. I, fig. 1).

Je pratiquai le toucher vaginal et reconnus que cette tumeur, de consistance mollasse, peu tendue, à contenu vraisemblablement liquide, était implantée sur la paroi vaginale postéro-latérale droite. Sa base d'implantation, assez large (une pièce de 5 francs), était obliquement dirigée de bas en haut, de la ligne médiane vers le fond du cul-de-sac droit.

Par en haut elle n'atteignait pas le niveau du museau de tanche.

En bas elle s'arrêtait à 2 centimètres environ de la fourchette. La muqueuse qui la recouvrait se continuait avec la muqueuse du vagin. Au niveau de la base de la tumeur, cette muqueuse avait l'épaisseur et les caractères de la muqueuse vaginale. Sur la tumeur elle s'amincissait progressivement, perdait ses rides et sa coloration violacée pour devenir rosée et pâle.

Après réduction vaginale de la tumeur, mon doigt put en quelque sorte l'écraser contre la paroi postérieure du bassin, comme si la quantité de liquide qu'elle semblait contenir était minime.

Le toucher rectal me permit enfin de m'assurer de l'indépendance absolue de la tumeur et du rectum.

Le diagnostic clinique posé fut celui de kyste solitaire du vagin.

Je montrai cette femme à mon maître M. Varnier et il fut convenu qu'on n'interviendrait pas avant le travail. Le volume, la consistance, la situation du kyste permettaient, en effet, de penser qu'il ne constituerait vraisemblablement pas un obstacle à l'accouchement. Si d'ailleurs il gênait pendant le travail, une ponction suffirait à lever l'obstacle.

Le 13 août, à 4 heures du matin, apparurent les premières contractions utérines douloureuses. La tête fœtale s'engagea seulement (en OIGA) au moment de la rupture de la poche des eaux, qui se produisit spontanément à 7 h. 1/2 du matin, la dilatation étant de la largeur d'une pièce de 5 francs. Le liquide était vert, mais les bruits du cœur fœtal avaient leurs caractères normaux. Pendant toute cette période le kyste était resté intravaginal.

De 7 h. 1/2 à 9 h. 1/2, on se contenta de surveiller la femme et d'ausculter les bruits du cœur fœtal. Le kyste ne sortait toujours pas.

A 9 h. 1/2, la femme eut envie de pousser. On la toucha : la tête appuyait sur le plancher périnéal. On ne voyait toujours pas le kyste ; le doigt, insinué sur le pourtour de la tête aussi haut que possible, ne l'atteignait pas.

A 9 heures 45, l'enfant vivant fut expulsé ; c'était une fille de 3.600 grammes, longue de 51 centimètres, dont le bipariétal mesurait 9 cm. 6.

Pendant l'injection vaginale pratiquée après la ligature du cordon, le doigt explorateur retrouva intact et à sa place le kyste vaginal.

La délivrance se fit sans incident. Le placenta pesait 550 grammes. Il n'était pas inséré sur le segment inférieur (mensuration des membranes, 28 centimètres, 15 centimètres).

Les suites de couches furent absolument régulières, et le treizième jour mère et enfant quittaient la clinique en parfait état. L'enfant pesait 3.650 grammes. Il était allaité par sa mère.

Je conseillai à cette femme de revenir à la clinique vers le quarantième jour. Elle revint avec son enfant le 13 septembre, et le 15, sous chloroforme, je pratiquai l'ablation de son kyste.

A cette époque je constatai des modifications très évidentes dans le volume et la consistance du kyste. Son volume était devenu celui d'un œuf de dinde, sa consistance beaucoup plus ferme, la tension de son contenu assez considérable.

Il n'y avait du côté de la muqueuse qui le recouvrait aucune modification pathologique.

Au point de vue fonctionnel, la femme accusait les mêmes sensations qu'avant son accouchement.

L'intervention fut simple. Je pus facilement attirer le kyste au dehors, pincer entre deux doigts sa base et le pédiculiser. Un clamp courbe fut placé à la place de mes deux doigts. Je priai un aide de pratiquer le toucher rectal pour m'assurer de la liberté du rectum. Je plaçai trois fils de catgut au-dessous du clamp et sectionnai au-dessus de lui le kyste revêtu de sa calotte de muqueuse vaginale. La section fut faite aux ciseaux par petits coups successifs, et le kyste me resta dans la main sans avoir été ouvert.

J'enlevai le clamp, serrai les trois fils, affrontai avec trois fils intercalaires les lèvres de la section vaginale qui saignait assez abondamment et tamponnai légèrement le vagin à la gaze iodoformée.

Les suites de cette petite intervention furent simples, et le douzième jour l'opérée quittait le service en parfait état général et local.

J'examinai immédiatement la pièce fraîche. Le kyste se présentait mi-partie recouvert par la muqueuse vaginale légèrement rétractée, mi-partie à nu. Cette surface dénudée semblait disséquée dans un tissu conjonctivo-vasculaire.

Je ponctionnai la poche kystique avec une seringue de Pravaz sans obtenir par l'aspiration le moindre liquide. J'incisai alors au bistouri et je dus faire une boutonnière de 1 centimètre pour obtenir la sortie d'un liquide extrêmement épais, filant, légèrement opalescent.

L'examen microscopique de ce liquide ne me permit d'y déceler aucun élément cellulaire ; ce liquide était extrêmement riche en fibrine.

Le kyste ainsi ponctionné fut immergé entier dans l'alcool absolu, puis inclus dans le collodion.

J'ai pu ainsi pratiquer des coupes histologiques de la totalité du kyste (pl. I, fig. 2 et 3).

L'examen d'une coupe totale montre, en allant de la paroi vaginale vers la profondeur :

1° L'*épithélium pavimenteux stratifié* du vagin, qui, en certains points, prend le caractère épidermoïde ;

2° Le *derme muqueux*, dont l'épaisseur est très variable suivant les régions, mais toujours inférieure à celle du type normal. Le développement des papilles est minime ;

3° La *couche musculo-conjonctivo-vasculaire*, d'épaisseur très inégale. En certains points, son épaisseur est accrue par la présence d'énormes cavités vasculaires gorgées de sang ;

4° La *paroi kystique* ;

Cette paroi est constituée par une couche unique d'épithélium cylindrique. Le noyau basal des cellules prend vivement les colorants nucléaires. L'épithélium repose directement sur des éléments conjonctifs (peu de fibrilles, grande majorité de cellules conjonctives), qui ne sont pas disposés en paroi propre. Il n'y a aucune démarcation entre ces éléments conjonctifs et ceux de la couche musculaire du vagin. Il n'y a pas de coque conjonctive particulière.

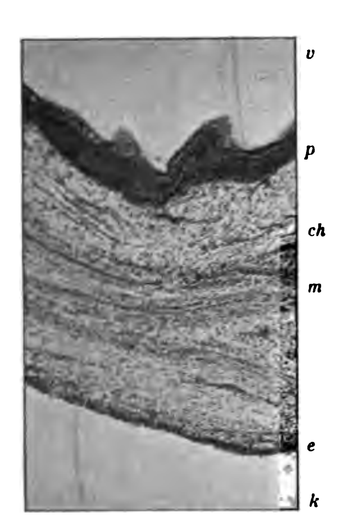
5° La *cavité kystique*, encore partiellement remplie par un réseau fibrineux dense ;

6° La *paroi kystique* ;

7° Une *couche musculo-conjonctivo-vasculaire* en continuité avec la musculaire sous-muqueuse.

En somme, la *cavité kystique limitée par une couche unique d'épi-*

FIG. 1.



v, cavité vaginale; — *p*, épithélium de la muqueuse vaginale; — *ch*, derme muqueux; — *m*, couche musculo-conjonctivo-vasculaire; — *e*, épithélium de revêtement du kyste; — *k*, cavité kystique.

FIG. 2. — **Pôle vaginal du kyste 55 = 1.**

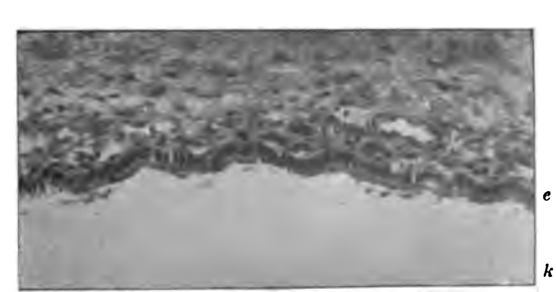


FIG. 3. — Paroi kystique 280 = 1.

thélium cylindrique est enchâssée dans la musculaire sous-muqueuse.

Sans vouloir faire, à propos du cas que je viens de rapporter, l'histoire des kystes du vagin, je désire attirer l'attention sur quelques points de cette observation.

Et d'abord quelle est l'origine de ce kyste solitaire enchâssé dans la paroi vaginale ? Sa situation, les caractères de son épithélium de revêtement, son évolution clinique me portent à le considérer comme un produit de l'évolution anormale de vestiges embryonnaires. Cette hypothèse est, d'ailleurs, classique ; je ne m'y arrêterai pas davantage.

Quant aux rapports de la membrane épithéliale de revêtement avec les éléments de la couche musculo-conjonctive du vagin, ils permettent de s'expliquer les difficultés qu'ont rencontrées quelques chirurgiens dans la dissection de ces poches kystiques. L'absence de coque, d'adventice particulière, rend impossible tout clivage. Le bistouri ne peut que disséquer artificiellement le kyste enchâssé dans la paroi vaginale.

Au point de vue thérapeutique, je désire mettre en relief les raisons qui m'ont paru contre-indiquer pendant la grossesse toute intervention et, au contraire, après le *post partum* indiquer une intervention.

Le volume, la situation postéro-latérale, la consistance mollasse, l'aplatissement facilement réalisé par le doigt devaient faire prévoir que la présence de ce kyste ne gênerait pas l'accouchement. D'autre part, cette femme s'est présentée à la clinique tout à la fin de sa grossesse et il était au moins inutile de créer une plaie vaginale, que le travail de l'accouchement pouvait surprendre avant sa cicatrisation. D'ailleurs, eût-elle été enceinte de quelques mois que j'aurais agi de même, ne comprenant pas l'utilité d'intervenir sans motif sérieux dans le vagin d'une femme enceinte.

Au contraire après l'accouchement, alors que la régression

de l'appareil génital est achevée, il y a intérêt à intervenir, car les observations de Peters, de Grynfelt montrent que ces kystes peuvent augmenter progressivement et rapidement de volume et nécessiter une intervention lors d'un accouchement ultérieur. Celui que j'avais observé avait en cinq semaines manifestement augmenté de volume et de tension. Il était donc, dans ces conditions, préférable d'en débarrasser la femme.

Comment convient-il de traiter ces kystes? Sur la femme en travail, alors que, par surprise, l'accouchement se trouve entravé par la présence du kyste (ce qui est rare d'ailleurs), on pourra s'adresser à la simple ponction.

Je ferai remarquer que dans mon cas la ponction avec une aiguille fine aurait été blanche, l'évacuation n'eût pu être obtenue que par une ponction avec un gros trocart ou mieux au bistouri.

Cette évacuation extemporanée n'a pour but que de lever l'obstacle, ce n'est pas un mode de traitement curatif. Le kyste se reproduira et souvent rapidement, ainsi qu'en témoignent maintes observations. Le seul moyen de faire disparaître le kyste est de l'enlever chirurgicalement. Dans mon cas je n'ai pas rencontré de difficultés car j'ai eu à enlever un kyste pédiculisable. Il n'en est pas toujours ainsi; quand le kyste est sessile ou qu'il présente des prolongements profonds, l'intervention peut être particulièrement délicate.

Enfin je désire faire une dernière remarque, d'ordre purement obstétrical. Lors de l'ampliation du vagin pendant la période d'expulsion, on a pu suivre l'ascension du point d'attache du kyste. Lorsque le vagin était vide, le kyste avait tendance à sortir de la vulve au moindre effort. Pendant la période d'expulsion, malgré les efforts expulsifs de la parturiente, il a suivi passivement la paroi vaginale. Son point d'attache, situé primitivement à 2 centimètres de la fourchette, devint inaccessible au doigt lorsque la tête fœtale eut distendu le vagin.

UN CAS DE PERSISTANCE DU DIVERTICULE DE MECKEL
AVEC HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE

Par MM. **E. Paquy** et **Ch. Esmonet.**

Mme X... est accouchée une première fois en juillet 1898 d'un garçon né à terme, en présentation du siège, actuellement vivant et bien portant.

Elle redevient enceinte en 1901 ; les dernières règles datent du 5 mars 1901. Rien de particulier à noter au cours de cette grossesse. Rupture prématurée des membranes le 18 novembre 1901 à 4 heures du soir. Le 24 novembre, à midi, on constate que le liquide amniotique est coloré en vert. Début du travail le 25 novembre à 8 heures du matin. Fœtus se présentant par le sommet, en position droite cavité postérieure. Dilatation complète à 6 heures du soir et expulsion à 6 heures et demie d'un enfant vivant du sexe masculin.

Aussitôt après la naissance, et *avant la première inspiration qui n'eut lieu que quelques secondes plus tard*, on constate que le bout fœtal du cordon présente, sur une hauteur de 4 centimètres environ, un renflement du volume du pouce. Au niveau de son insertion à l'ombilic son diamètre est le double de celui qu'il présente vers son milieu. Cette partie renflée a l'aspect d'un cône, à base ombilicale, contrastant avec la forme cylindrique du reste du cordon. Dès que l'enfant poussa son premier cri, on vit cette région tripler de volume, et le tronc de cône de tout à l'heure se transforme en une tumeur du volume d'une mandarine. On place une ligature sur le cordon à 1 centimètre au-dessus de la tumeur, le cordon est sectionné et l'enfant est transporté dans une autre pièce, où on peut l'examiner. Au niveau de la région ombilicale il existe une tumeur sessile, dont la base circulaire correspond au bourrelet cutané de l'anneau, considérablement élargi : il mesure 6 centimètres de diamètre. La tumeur, qui a 4 centimètres de hauteur, est enveloppée par la gaine du cordon. A son sommet, le cordon se continue avec son aspect normal. Sur la face inférieure de la

tumeur, à un demi-centimètre au-dessous et à 1 centimètre à droite du cordon, on voit une petite saillie, de couleur rouge, de la grosseur d'une groseille et au sommet de laquelle se trouve un petit orifice punctiforme.

A travers la membrane d'enveloppe transparente on aperçoit les anses intestinales; la tumeur augmente de volume avec les cris de l'enfant. Elle est réductible en partie seulement, ce qui tient, pensons-nous, à la présence dans la tumeur du diverticule de Meckel qui vient s'ouvrir à sa face inférieure, au niveau de la petite saillie que nous venons de décrire. Doigt supplémentaire (auriculaire) à chaque main. Le scrotum ne contient pas de testicules.

Le placenta et les membranes ne présentent rien de particulier. Ils pèsent 480 grammes.

L'enfant pèse 3.080 grammes.

Opération. — A 9 heures et demie du soir l'enfant est anesthésié à l'aide du chloroforme. Incision semi-circulaire de la moitié supérieure de la circonférence de la tumeur, portant sur le bourrelet cutané à 1 millimètre environ de la membrane de Rathke; on arrive sur le péritoine qu'on incise circulairement. Débridant en haut de l'anneau, on commence à réduire les anses intestinales qui ont leur apparence normale et qui appartiennent à l'intestin grêle. Après avoir réduit les deux tiers de la tumeur, on arrive à une anse intestinale du sommet de laquelle part un diverticule de 2 centimètres et demi environ de longueur, de la grosseur d'une plume de corbeau, et qui adhère à la partie inférieure de la membrane de Rathke. Il est sectionné, et sa surface de section qui présente un orifice s'ouvrant dans l'intestin, est fermée à l'aide de trois points de suture à la soie fine qui sont eux-mêmes recouverts par un surjet de la séreuse fait à la soie. Au-dessous du diverticule, l'intestin grêle n'offre plus le même aspect. Il a l'apparence d'un ruban, il est aplati et blanchâtre. On le réduit facilement et on achève l'incision du bourrelet cutané, au niveau de sa demi-circonférence inférieure. Suture du péritoine au catgut et de la peau au crin de Florence. Pansement à la gaze stérilisée.

Pendant le pansement, l'enfant se cyanose et cesse de respirer. Nous le saisissons par les pieds et nous lui faisons de la respiration de bouche à bouche. Il revient bientôt à lui et est transporté dans son berceau.

L'opération nous avait permis de constater que le bout inférieur de l'intestin grêle n'était probablement pas perméable. L'enfant avait rendu du méconium au cours du travail, mais il nous était impossible de savoir si ce méconium avait été expulsé par l'anus ou par l'orifice extérieur du diverticule de Meckel. Quoi qu'il en soit, la possibilité d'un rétrécissement ou d'une atrésie de l'intestin assombrissait considérablement le pronostic.

La nuit fut bonne. Le lendemain matin, on fit prendre à l'enfant deux ou trois cueillerées à café de lait qu'il conserva. Vers 3 heures de l'après-midi, il parut respirer difficilement et il mourut à 8 heures du soir sans avoir rendu, depuis sa naissance, de méconium par l'anus.

Nous ne pûmes faire l'autopsie.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée a la forme d'une calotte

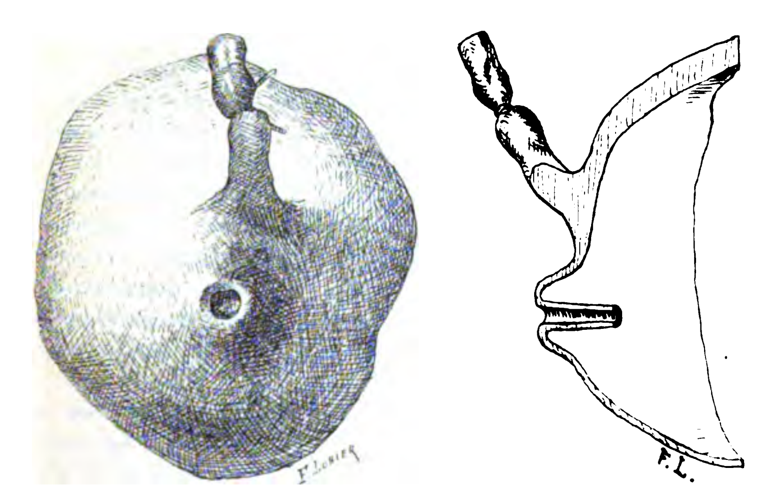


Fig. 1 et 2

Elle mesure à sa base 6 centimètres de diamètre, son arc de cercle 9 centimètres et demi. L'implantation du cordon est à 3 centimètres et demi du bord supérieur. Au-dessous du cordon, à un demi-centimètre à droite, et à 1 centimètre au-dessous se trouve une petite saillie rouge framboisée de la grosseur d'une groseille et au sommet de laquelle on voit un petit orifice punctiforme. Le cordon est normal.

En examinant la pièce par sa face interne, on voit qu'elle est tapissée par le péritoine ; que la petite saillie de la face externe se continue avec un cordon cylindrique ayant 8 millimètres de diamètre externe et des parois dont l'épaisseur varie de 2 à 3 millimètres suivant les points et présentant nettement une lumière étoilée, avec une muqueuse rappelant macroscopiquement les caractères d'une muqueuse intestinale. Des coupes ont été faites : coupes transversales du diverticule intestinal et coupes longitudinales au niveau de l'orifice externe, comprenant une partie du diverticule et la portion adjacente de la membrane de Rathke.

Examen histologique. — La coupe transversale, pratiquée à 2 centimètres de l'abouchement à la paroi, permet de reconnaître à ce diverticule tous les caractères de l'intestin grêle, villosités et glandes en tube pourvues de nombreuses cellules caliciformes. Nous n'avons point rencontré de follicules clos au niveau des coupes que nous avons pratiquées. Une extrême vaso-dilatation, avec des hémorragies très étendues à la surface des villosités, nous a seule paru anormale. Au-dessous de l'épithélium glandulaire et de la muscularis mucosæ se reconnaissent les deux couches musculeuses, longitudinale et circulaire, de l'intestin normal.

La coupe longitudinale, intéressant à la fois la membrane de Rathke et la terminaison du diverticule, montre une muqueuse ayant les mêmes caractères que sur la coupe précédente et se continuant à l'extérieur avec deux ou trois assises superposées de cellules épidermiques. Mêmes glandes, de moins en moins hautes à mesure qu'on se rapproche de l'abouchement à la paroi ; même vaso-dilatation, mêmes hémorragies à la surface des villosités.

Les fibres musculaires longitudinales s'arrêtent à environ un demi-centimètre de l'orifice. A partir de cet endroit, on ne trouve plus qu'un enchevêtrement de fibres musculaires et de tissu conjonctif ; il semble que les fibres lisses en cette région aient tendance à s'organiser en sphincter autour de l'orifice.

Nous avons pu recueillir dans la littérature médicale un certain nombre d'observations de persistance du diverticule de Meckel au moment de la naissance.

La première observation publiée paraît être celle de Cruveilhier Il s'agit d'un cas présenté à la Société anatomique, le 18 avril 1838, par P. Dubois.

Obs. I. — Cruveilhier. — En 1838, Cruveilhier présente à la Société anatomique un fœtus mort-né, à terme, présentant au niveau de l'ombilic une ouverture fistuleuse d'où partait un long canal étroit, mais dilatable, qui s'ouvrait dans l'intestin. Cruveilhier ajoute qu'il ne connaît pas d'exemple de fistule entéro-cutanée congénitale suffisante pour remplir la fonction d'un anus contre nature.

Obs. II. — Prestat. — En 1839, Prestat présente à la Société anatomique un fœtus mâle, mort-né, à terme, présentant un conduit faisant communiquer l'ombilic avec l'intestin. La fermeture de l'ombilic était complète, quoique « tendue », et le conduit pouvait admettre une sonde ordinaire du volume d'une plume d'oie. Il avait 2 pouces et demi de long et l'abouchement se faisait à l'intestin à l'union des 5/6e supérieurs avec le 1/6e inférieur. Par la pression on pouvait faire refluer le méconium par l'ombilic.

Obs. III. — W. King. — En 1843, W. King rapporte l'observation d'un enfant de 4 mois ayant présenté un écoulement de matières verdâtres, au niveau de l'ombilic, immédiatement après la chute du cordon.

On fit une incision ovalaire pour aviver les bords de la fistule et on pratiqua une réunion par suture entortillée. L'enfant succomba quelque temps après à une affection intercurrente, et l'on trouva à l'autopsie un diverticule long de 3 pouces, adhérent à la partie postérieure de l'ombilic.

Obs. IV. — Dufour présente, en 1842, à la Société anatomique, un enfant de 6 mois et demi qui rendait des matières fécales par l'anus et par l'ombilic. Par l'ombilic sortait deux anses intestinales ayant respectivement l'une 28 centimètres et l'autre 3 centimètres de longueur et présentant à leur extrémité un orifice, au niveau duquel la muqueuse rouge et tomenteuse semblait rentrer. Jobert tenta vainement le débridement et la réduction. L'enfant mourut. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un prolapsus de l'intestin à travers un diverticule partant d'un point situé à 8 centimètres au-dessus du cæcum et aboutissant à l'ombilic. Une sorte de cordon était tendu entre les deux anses inversées, faisant pour ainsi dire office d'éperon et n'était, en réalité, que la portion de l'intestin exactement opposé à la lumière du diverticule.

Obs. V. — Siebold (cas relaté par Schroeder). — Il s'agit d'un enfant présentant une fistule ombilicale d'où il s'échappait des liquides et des gaz. Vers la 3e semaine il se produisit de la gangrène des parties qui environnaient l'anus contre nature, d'où augmentation de la fistule. Il en résulta l'issue d'une certaine portion de l'intestin grêle, en inversion complète, reconnaissable à sa muqueuse rouge et injectée. Après avoir agrandi l'ouverture, on réduisit l'intestin inversé. L'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva un diverticule long de 3 quarts de pouce et se terminant à l'ombilic par une ouverture très étroite.

Obs. VI. — Gesenius, de Halle. — Il s'agit d'un enfant mâle, bien constitué, dont le cordon présentait à la base une tumeur au niveau de laquelle la pression déterminait du gargouillement. Le 9e jour, le cordon tombe, et l'on voit, au fond de la plaie, une petite caroncule rouge, du volume d'une framboise et présentant une ouverture admettant une sonde fine. Quand on retirait la sonde, on ramenait des matières intestinales. Selles normales par l'anus naturel. Le 17e jour, l'enfant est agité, crie, il ne va plus à la selle. Cet état dure 3 jours, au bout desquels on vit apparaître, au niveau de l'ombilic, une masse de couleur brun rougeâtre, tendue, longue de 3 pouces, retenue par un pédicule enfoncé dans l'ombilic. Gesenius dit qu'il s'agissait, en l'espèce, d'une éversion de la muqueuse intestinale à travers un diverticule iléo-ombilical. A l'autopsie qui suivit la mort de l'enfant, on vit que le diverticule naissait à 9 pouces au-dessus du cæcum, qu'il était long d'un pouce et s'ouvrait à l'ombilic.

Obs. VII. — Jolly, en 1867, présente à la Société anatomique un enfant mâle, né le 3 janvier 1867, à la Maternité, dans le service de U. Trélat. L'enfant portait au niveau de l'ombilic une tumeur du volume du poing, recouverte d'une très mince enveloppe constituée par les membranes mêmes du cordon distendues, et laissant voir par transparence l'intestin. L'anneau ombilical a 6 centimètres de circonférence. Les artères ombilicales occupent leur situation habituelle, mais la veine est déjetée à gauche à 2 centimètres des artères. On trouve deux portions à la tumeur, une plus volumineuse se réduit facilement par le taxis, en entraînant des phénomènes de suffocation immédiate. L'autre est absolument irréductible et, au

moment du taxis, des matières s'écoulent par un orifice situé au sommet de la tumeur. L'enfant mourut le 7 janvier de péritonite, suite de gangrène des parois de la tumeur. On ne nous dit pas si l'enfant avait rendu des matières fécales par l'anus.

A l'autopsie, après avoir fendu la membrane d'enveloppe, on trouva une partie des anses intestinales fixées à l'enveloppe par des adhérences molles pseudo-membraneuses, de formation récente et résultat évident de la péritonite. Au voisinage du sommet existait une anse intestinale dilatée en ampoule, ayant contracté avec l'enveloppe des adhérences tellement intimes que des tractions même assez fortes ne purent parvenir à les détacher.

La face interne de la poche était tapissée par le péritoine. Au niveau du point où le diverticule adhérait à la paroi, le péritoine passe directement de la surface de l'intestin sur la face postérieure du sac transparent, de sorte qu'une surface ovalaire de la paroi intestinale, mesurant 3 centimètres sur 2, au sommet de l'anus, n'était pas recouverte par la séreuse.

L'intestin présente, au niveau de la portion adhérente, une dilatation considérable, une sorte de diverticule ampullaire, pouvant avoir le volume d'une noix.

En incisant l'intestin, on le trouve rempli d'une matière liquide, d'un jaune verdâtre foncé. La muqueuse possède un grand nombre de valvules conniventes étroites; elle paraît complètement saine.

Sur la paroi intestinale adhérente, on trouve une perforation de 3 à 4 millimètres de diamètre, à circonférence régulière et lisse. Elle est limitée par une membrane fibreuse, continuation du chorion de la muqueuse qui vient se perdre dans un tissu cellulaire feutré, formant les parois d'une petite poche située à la base du cordon, au-dessous de la membrane transparente que recouvre la hernie.

En un point de la circonférence de la perforation intestinale, la muqueuse porte une sorte de bride de 3 à 4 millimètres de longueur ; cette bride a une disposition analogue à celle des colonnes du second ordre du cœur. Autour de la perforation, dans l'étendue de 6 à 7 millimètres, la muqueuse est lisse, très adhérente et non recouverte par les valvules conniventes qui s'arrêtent sur les bords de cette portion lisse et adhérente.

En enlevant la muqueuse dont le chorion est épais, résistant, la dissection se fait facilement, sauf au niveau du point où la

muqueuse est dépourvue de valvules ; on y rencontre alors un tissu celluleux assez dense.

La couche musculeuse est épaissie au niveau du diverticule ampullaire, les faisceaux de fibres circulaires sont assez considérables et ils ont perdu leur direction normale. Au lieu d'envelopper l'intestin circulairement, comme cela a lieu au-dessus et au-dessous de la dilatation, ils ont une direction irrégulière, ondulée, formant pour ainsi dire trois arcades, aux extrémités desquelles les faisceaux musculaires se confondent ou s'entre-croisent après avoir suivi pendant quelque temps une direction parallèle à l'anse de l'intestin. Les faisceaux sont surtout développés autour du point où la muqueuse est adhérente.

Ils paraissent disposés circulairement autour du point où se trouve la perforation. A ce niveau, dans l'étendue de 10 à 12 millimètres, il semble à l'œil nu qu'il n'y ait pas de fibres musculaires, mais seulement une membrane celluleuse serrée, unissant la portion lisse de la muqueuse aux tissus de la base du cordon.

En incisant la séreuse au niveau du point où elle passe de l'intestin sur la membrane transparente, on reconnait que l'intestin est adhérent à cette dernière membrane par une couche de tissu celluleux, serré, situé entre cette membrane et la couche musculaire intestinale.

Les fibres longitudinales ne sont pas assez développées pour permettre d'étudier leur disposition.

En résumé, cette pièce est un exemple de hernie ombilicale congénitale, constituée par une anse intestinale surmontée d'un diverticule ampullaire dont l'ouverture extérieure constitue une fistule ombilicale congénitale. Ce diverticule a son origine dans la communication de la vésicule ombilicale avec un point de l'intestin grêle peu éloigné de la valvule iléo-cæcale.

Obs. VIII. — Wernher. — Enfant de 11 semaines, présentant un ombilic très proéminent, à petite tumeur rouge facilement sanguinolente.

Après 3 mois cette tumeur devient plus élevée, et par une étroite ouverture la sonde pénètre à peu près à 1 centimètre de profondeur dans un canal spacieux et ramène des matières fécales visqueuses.

Cautérisation à la pierre infernale. Pansement compressif.

Guérison au bout de 1 mois.

Après 5 mois, à la suite des quintes de coqueluche, prolapsus de la muqueuse sur 3 millimètres environ.

L'enfant meurt de diarrhée.

A l'autopsie, à 1 centimètre et demi du cœur, on trouve un diverticule long de 2 centimètres et demi relié étroitement au nombril par un canal étroit.

A la naissance, rien n'avait été constaté du côté de l'ombilic (?)

Obs. IX. — John Meredith. — Enfant bien développé.

Renflement du cordon à son insertion à l'ombilic, s'avançant à 3 pouces environ dans le cordon et finissant là brusquement.

Le reste du cordon était de grosseur normale et semblait par rapport à la portion renflée comme une ficelle attachée à un ballon allongé.

A la palpation on percevait une sensation pâteuse : aucune expulsion par les cris ou efforts de l'enfant. Je coupai le cordon à 1 pouce environ de la tumeur et conseillai à la nourrice de mettre sur l'ombilic une compresse en bourse.

Pendant 1 jour ou 2 il s'écoula un peu de méconium, puis, d'après la nourrice, des mucosités teintées de sang. La tumeur commençait à gonfler et les enveloppes à se fendiller. Il se dégageait une odeur fétide.

L'enfant se nourrissait fort mal et mourut 8 jours après sa naissance.

La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, était pleine de matières fécales mélangées à une substance noirâtre, méconium ou sang veineux ou peut-être les deux. Je ne trouvai qu'une étroite ouverture communiquant avec l'intestin.

Obs. X. — Chandelux. — Garçon de 2 ans et demi, qui, après la chute du cordon présenta au niveau de l'ombilic une saillie cylindrique laissant écouler une petite quantité de liquide visqueux et clair.

Cet appendice fut réséqué aux ciseaux, et la cicatrisation de la plaie fut rapide. A l'examen microscopique de la pièce on trouva une muqueuse avec des glandes à grosses cellules caliciformes, s'ouvrant librement dans la cavité centrale. Au-dessous du chorion on trouvait des fibres musculaires lisses, à deux couches, suivant la disposition qu'on rencontre habituellement dans l'intestin.

Obs. XI. — Helweg.— Enfant âgé de 4 mois, présentant une tumeur en forme de pénis, au niveau de l'ombilic. Cette tumeur était recouverte d'une muqueuse, se continuant à la base avec la peau et à la pointe pénétrant dans un canal où la sonde pénétrait facilement pendant 1 centimètre. Rien ne sort par le canal, les selles sont normales. On lie la tumeur à sa base avec un fil de soie ; elle se nécrose et tombe en 4 jours. Par l'ouverture ainsi produite une anse intestinale, recouverte de sa muqueuse, vint faire hernie ; elle avait la forme d'S et était suspendue au nombril par un court pédicule ; elle présentait à son extrémité libre l'ouverture d'un canal admettant une sonde. L'intestin prolabé fut réséqué et l'enfant mourut au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouva un diverticule intestinal prenant naissance à 18 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Obs. XII. — Gluck, in thèse d'Aribat. — Enfant né à 7 mois. Signes de péritonite et d'étranglement. Incision des enveloppes, dilatation de l'anneau. Résection du diverticule de Meckel. Mort de péritonite 30 heures après l'opération.

Obs. XIII.— Weinlechner.— Garçon de 5 mois, présentant au niveau de l'ombilic une fistule congénitale : on voyait au niveau de la cicatrice ombilicale une tumeur rouge, bicorne. Au sommet de chaque corne, ouverture avec prolapsus de la muqueuse intestinale.

On sectionna la tumeur à 1/3 de centimètre de la paroi abdominale. On vit alors sur la surface de section la lumière de deux anses intestinales et du diverticule de Meckel. L'enfant mourut au bout de 20 heures.

Obs. XIV. — Arthur Barth. — Il s'agit d'un enfant de 9 jours, du sexe masculin, qui présenta aussitôt après la chute du cordon, au niveau de l'ombilic, une petite tumeur cylindrique de 1 centimètre de longueur, veloutée, couleur rouge sang, ne se modifiant pas pendant les cris de l'enfant. Cette tumeur était percée à son sommet d'un orifice qui donnait issue à des matières. Une sonde introduite dans cet orifice pénétrait facilement à 4 centimètres de profondeur et ramenait des matières jaunes, visqueuses, en petite quantité. Selles normales par l'anus. Miction normale.

Le 14e jour après la naissance, la petite tumeur initiale s'était transformée en deux sortes de boudins, placés bout à bout, longs de 2 centimètres et demi et de 7 centimètres, larges de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, présentant chacun une ouverture à leur extrémité et reliés à la paroi par une portion longue de 2 à 3 centimètres. Chaque ouverture permet l'introduction d'une sonde qui se dirige d'abord vers l'ouverture opposée, puis s'arrête devant une cloison et pénètre enfin dans la cavité abdominale, sans qu'il y ait en aucun point communication entre les deux cylindres. Ils présentent de plus une dépression à 1 centimètre environ de leur extrémité (dépression due à l'insertion du mésentère).

Il existe une dépression au niveau de l'implantation de la tumeur à l'ombilic, mais cette dépression est en cul-de-sac et n'admet point l'introduction d'une sonde.

En outre, une bosselure assez marquée à la partie supérieure de la tumeur dénote en ce point l'existence d'une hernie d'une autre circonvolution intestinale.

L'enfant ne paraissait pas souffrir, l'état général était excellent et la digestion s'effectuait normalement.

On tenta une intervention, à la suite de laquelle l'enfant mourut de péritonite. L'autopsie permit de constater qu'il s'agissait bien d'un prolapsus de l'intestin grêle à travers le diverticule de Meckel, qui s'insérait à 30 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin.

Obs. XV. — Rosenblaum. — Hernie ombilicale avec persistance du canal omphalo-mésentérique. Cure radicale. Guérison.

Obs. XVI. — Brindeau, en 1894, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, a présenté une pièce provenant d'un nouveau-né venu à 8 mois. Pendant le travail l'enfant avait perdu du méconium. Aussitôt après la naissance, on constate que le cordon présente une fistule stercorale, située à 7 millimètres de l'anneau, à orifice bordé par une collerette de muqueuse intestinale.

Les jours suivants l'anus n'évacua que quelques traces de méconium, qui s'écoulait, au contraire, abondamment par la fistule. L'enfant mourut le 4e jour.

A l'autopsie on trouve que le cordon n'est pas encore tombé.

L'intestin grêle est modérément distendu par les matières et les gaz, le gros intestin fortement rétracté. Les deux bouts de l'intestin qui se rendent à l'ombilic sont formés par l'intestin grêle. Le bout supérieur est distendu, le bout inférieur rétracté. Au niveau de l'anneau ombilical ils sont adossés en canon de fusil. La fistule siège à 22 centimètres environ au-dessus du cæcum. Elle est formée par un diverticule intestinal qui s'ouvrait dans la cavité de l'œuf; ce diverticule a 8 millimètres de long sur 5 millimètres de large. Son extrémité libre est bordée par une collerette de muqueuse intestinale.

Obs. XVII. — Perriol. — Prématuré de 8 mois. Rupture des enveloppes d'une hernie ombilicale congénitale pendant l'accouchement. Tout l'intestin grêle était situé en dehors de la cavité abdominale.

L'ouverture de la paroi était large de 7 centimètres. Une collerette était formée à son pourtour par les débris des membranes d'enveloppe. Au sommet, orifice donnant passage à du méconium.

Dyspnée, cyanose. Mort à la 26e heure.

Obs. XVIII.— O. Pierring (in thèse d'Aribat).— Enfant pesant 3.000 grammes et portant une tumeur deux fois grosse comme sa tête, de coloration extérieure violet foncé et sans transparence des enveloppes, fort épaisses. Sur la paroi antérieure sont deux ruptures, dont une laisse passer l'intestin irréductible. Chloroforme : débridement en bas de 1 centimètre et demi, réduction, résection du diverticule de Meckel. On ne libéra pas les adhérences par crainte d'hémorragie. Sutures.

Obs. XIX. — Roth. — Garçon de 2 mois présentant depuis la naissance, au niveau de l'ombilic, une tumeur en forme de trompe, longue de 2 centimètres. Au sommet, ouverture laissant pénétrer une sonde à 4 centimètres, qui ramène du contenu intestinal.

L'enfant mourut à 4 mois. A l'autopsie on vit que la tumeur était constituée par une portion du diverticule de Meckel, long de 4 cm. 8, et s'insérant à 58 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le diverticule avait un méso. Sa muqueuse, examinée au microscope, présentait tous les caractères de celle de l'intestin grêle.

On peut diviser ces observations en trois catégories.

Dans la première, observations de Cruveilhier, Prestat, King, Meredith, Glück, Brindeau, Wernher, Roth, Chandelux, nous rangerons les cas où il y avait seulement persistance du canal de Meckel, ce dernier traversant l'anneau ombilical pour venir s'ouvrir à la base du cordon. Cette anomalie est caractérisée par la présence d'une petite tumeur rouge de la grosseur d'une groseille, siégeant à la base du cordon. Au sommet de la tumeur on trouve un orifice, qui laisse généralement suinter du méconium et, dans les jours qui suivent la naissance, des matières fécales. Le cathétérisme permet de constater que cet orifice conduit dans un canal long de 4 centimètres environ et qui se termine dans l'intestin. Cette tumeur existe à la naissance ; dans les cas où elle n'a été constatée qu'après la chute du cordon, il s'agissait probablement d'un défaut d'observation. Dans la plupart des cas l'anus, quoique perméable, ne laisse pas échapper de matières, les fèces s'éliminent par la fistule ombilicale. Le diverticule de Meckel s'insérant d'autre part sur l'intestin grêle, assez loin du cæcum, il en résulte qu'une grande portion de l'intestin est inutilisée. Les examens histologiques qui ont été pratiqués dans le but de connaître la structure de cet organe, ont tous démontré qu'il avait la même constitution que l'intestin grêle.

Les enfants qui survivent avec cette malformation, sont exposés, dans les jours ou les mois qui suivent la naissance, à une complication grave : le prolapsus d'une anse grêle inversée à travers le diverticule (observations de Dufour, Siébold, Gesenius, Barth, Helweg, Weinlechner). Dans un espace de temps qui, suivant les observations, a varié de quelques jours à six mois et demi (cas de Dufour), on vit brusquement sortir, à l'occasion des cris de l'enfant ou d'un effort, par l'orifice externe du canal de Meckel, deux sortes de boudins, disposés en canons de fusil, percés chacun à leur extrémité d'un orifice, réunis à ce niveau par une sorte d'éperon, de couleur rouge foncé, d'aspect velouté :

c'est une anse d'intestin grêle retournée, la muqueuse en dehors, qui vient de faire hernie à travers le diverticule.

A. Barth, qui nous a donné une excellente description de la hernie diverticulaire et de son prolapsus, expose de la ma-

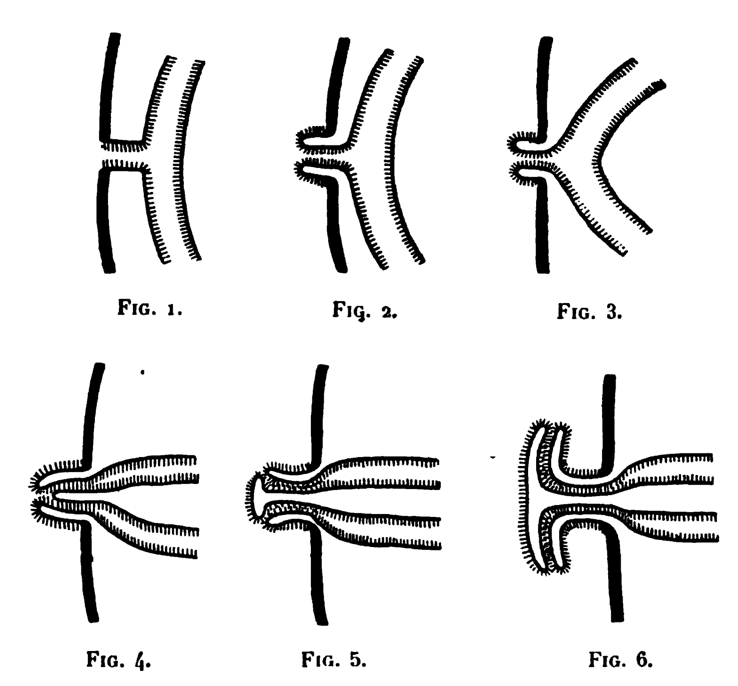


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

Différents stades du prolapsus de la hernie diverticulaire (d'après *Barth*).

nière suivante la pathogénie de cet accident : Dans un premier stade, on trouve au niveau de l'ombilic un orifice qui permet l'introduction d'une sonde dans la cavité intestinale en passant par un canal plus ou moins long. C'est le diverticule de Meckel (fig. 1 du schéma de Barth).

Dans un deuxième stade, il y a prolapsus d'une partie du diverticule lui-même (fig. 2), mais l'intestin semble présenter son calibre normal sans présenter d'étranglement ni de gêne au cours des matières. On conçoit que dans ces deux stades, la perméabilité intestinale étant conservée, il puisse n'y avoir

que peu ou pas d'émission des matières fécales au niveau de l'ombilic et que la malformation ne soit cliniquement appréciable que par la persistance en ce point de la petite tumeur framboisée sur laquelle insistent tous les auteurs.

Il n'en est plus de même au troisième stade (fig. 3). A ce moment le diverticule de Meckel, complètement éversé au dehors, attire au niveau de la paroi l'intestin tout entier, cet intestin se coude, l'obstacle au cours des matières fécales est né, mais on conçoit qu'il puisse, suivant les cas, être complet ou partiel. Au point de vue objectif, on peut constater à ce moment, en écartant les parois évasées du diverticule, la présence d'un éperon qui commence à saillir légèrement.

Dans le quatrième stade (fig. 4), l'éversion du diverticule de Meckel est complète ; l'éperon, formé par la paroi postérieure de l'intestin adossée à elle-même, s'engage dans la gaine que lui forme le diverticule éverséet vient faire une saillie apparente au niveau du sommet de la tumeur initiale. A ce moment une sonde peut être introduite alternativement dans le bout supérieur et dans le bout inférieur de l'intestin. Le bout supérieur laisse seul écouler des matières, la sonde ne ramène rien du bout inférieur, la circulation intestinale s'arrête donc à ce niveau. Rien ne peut sortir au niveau de l'anus naturel.

Dans un cinquième stade (fig. 5), ce qui contribue le plus à former la tumeur, c'est l'éperon lui-même, primitivement invisible ; il s'étale, recouvre, à la manière d'une calotte, l'orifice cratériforme constitué par le diverticule.

A partir de ce moment, et la figure 6 du schéma exprime plus clairement que toute description ce qui se passe, l'éperon constitué par l'adossement de la paroi intestinale postérieure va continuer à se développer, en même temps que le diverticule de Meckel, entraîné lui aussi, attire à sa suite la paroi antérieure de l'intestin. C'est ainsi que se trouve constitué, en dehors de la cavité abdominale, un boudin, de longueur très variable, relié à l'anneau ombilical par un pédicule.

Ce boudin présente un orifice à chaque bout, et l'on peut

y faire passer une sonde qui pénétrera ainsi, soit dans le bout supérieur, soit dans le bout inférieur de l'intestin. Rien ne peut pénétrer, au contraire, au niveau du collet formé par l'épanouissement de la tumeur à la sortie de l'anneau. Un simple coup d'œil jeté sur la figure 6 indique combien peut être dangereuse toute tentative chirurgicale entraînant une incision à ce niveau, sans avoir été précédée d'une réduction de la tumeur.

Dans une troisième catégorie nous rangerons les cas analogues à celui de Jolly et au nôtre. Au moment de la naissance, on a trouvé non seulement une persistance du diverticule de Meckel, mais encore hernie ombilicale congénitale. Le cas de Jolly est identique au nôtre.

L'enfant qui fait le sujet de cette étude présentait un doigt supplémentaire à chaque main et une ectopie testiculaire. C'est là une coïncidence qui ne s'observe pas habituellement. Nous avons été frappés, au contraire, en dépouillant les observations se rapportant à des cas analogues au nôtre, de constater que le plus ordinairement la persistance du diverticule de Meckel était la seule malformation apparente. Par contre, il semble que, dans la plupart des cas, l'issue des matières se faisait entièrement par le diverticule, mais il est regrettable que bon nombre de ces observations — et la nôtre pour des motifs indépendants de notre volonté — soient incomplètes en ce qui concerne la perméabilité réelle de l'intestin au delà du diverticule prolabé ou non. On conçoit quelle importance a cette constatation au point de vue du pronostic et du traitement.

Le pronostic est toujours très grave. La plupart de ces enfants meurent dans les quelques jours qui suivent la naissance : 1° parce que le diverticule, siégeant très haut sur l'intestin grêle, une grande partie du tube digestif est soustraite à son rôle physiologique ; 2° par suite du prolapsus de l'intestin qui se produit presque fatalement à un moment donné ; 3° par péritonite lors de la chute du cordon, lorsqu'il

y a, en plus de la persistance du conduit de Meckel, hernie ombilicale congénitale.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic. La présence d'un orifice laissant sourdre du méconium ou des matières fécales au niveau de l'ombilic est caractéristique.

Nous croyons que l'intervention chirurgicale doit être aussi hâtive que possible. Lorsqu'il s'ágit, en effet, d'un cas où il y a simplement persistance du diverticule, il faut opérer autant que possible avant qu'il se produise une invagination de l'intestin. Opération très simple qui consistera à inciser la paroi abdominale sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic, à attirer au dehors la portion d'intestin grêle au niveau de laquelle le diverticule est inséré, à réséquer le diverticule et à fermer à la soie par le procédé habituel la plaie intestinale. On fermera ensuite la paroi abdominale.

Si l'invagination de l'intestin s'est déjà produite, on pourra peut-être, avant de commencer la laparotomie, essayer de la réduire à l'aide d'un taxis très prudent. Si cette manœuvre ne réussit pas, il faudra, après ouverture de l'abdomen, procéder à la réduction de l'anse invaginée en attirant l'intestin à l'intérieur de l'abdomen. On réséquera ensuite le diverticule.

Si, pour un motif quelconque, la réduction était impossible, il faudrait anastomoser entre elles les deux anses intestinales les plus voisines de la portion invaginée et procéder ensuite à son ablation.

L'opération devra encore être plus hâtive lorsqu'il y aura hernie ombilicale, car ici la péritonite rapide est fatale.

Jusqu'ici, les résultats opératoires n'ont guère été brillants, presque tous les enfants opérés sont morts, soit des suites de l'intervention, soit de ce que, le bout inférieur de l'intestin n'étant pas perméable, les sutures intestinales ont lâché au bout de quelques jours, d'où péritonite par issue de matières écales dans le ventre entraînant fatalement la mort du petit malade en quelques heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cruveilhier. — *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1
Prestat. — *Id.*, 1839.
W. King. — *Guy's hospital Reports*, octobre 1843.
Dufour. — *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVII.
Schröder. — Augsbourg, 1854.
Gesenius. — *Journal f. der Kinderkrankheiten*, 1858.
Jolly. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1867.
Wernher. — In thèse de Weiss. Giessen, 1868.
J. Meredith. — *British medical Journal*, 1877.
Chandelux. — *Virchow-Hirschfeld's Jahresb.*, 1881.
Helweg. — *Hospitals Tidende*, 1884, p. 705.
Gluck. — *Berl. Klin. Wochen.*, 18 juin 1885.
Weinlechner. — *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, t. VII.
Arth. Barth. — *Deutsch Zeit. f. Chirurgie*, 1887, t. XXVI, p. 193.
Rosenblaum. — Altona, 1891.
Brindeau. — *Bulletins de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1894.
Perriol. — *Dauphiné médical*, 1896.
O. Pierring. — *Prager medicin. Woch.*, 1898.
Roth. — *Archives de Virchow*, t. LXXXVI.
Meunier. — Th. de doctorat, Paris, 1899.
Aribat. — Th. de doctorat, Paris, 1900.

OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

Par M. **H. Ferré,** directeur de la Maternité de Pau (1).

Le 2 décembre 1899 entrait à la Maternité une ouvrière, âgée de 27 ans, envoyée par un docteur et une sage-femme, en raison des difficultés que présentait l'accouchement.

Voici la description sommaire du sujet et des particularités de ce cas de dystocie : taille 1 m. 27, facies vieillot, long, asymétrique, tête grosse, front vaste et haut, dents supérieures altérées, en partie détruites, tronc relativement long, sein droit plus élevé que le gauche, bassin très incliné en avant, fente génitale dirigée en arrière, scoliose dorsale droite, scolio-lordose lombaire gauche, ensellure lombaire très prononcée, bras courts (21 centimètres), avant-bras et mains relativement longs (23 et 19 centimètres), doigts longs (médius 11 centimètres, index 10 centimètres); fémurs courts (29 centimètres), tibias et pieds relativement longs (35 et 24 centimètres), fémurs incurvés en avant et en dehors, tibias en lame de sabre, très incurvés en avant et en dedans.

Diamètre promonto-sous-pubien 77 millimètres.

Promontoire abaissé, au-dessus duquel le toucher profond permet d'atteindre les corps vertébraux lombaires, inclinés au-dessus du détroit supérieur.

Concavité du sacrum conservée.

Tête fœtale très élevée au-dessus du détroit supérieur, débordant fortement la symphyse pubienne; le toucher n'atteint qu'une bosse séro-sanguine volumineuse.

Cordon procident, fœtus mort.

La parturiente dit être à terme. Le travail a commencé la veille au soir; la poche des eaux s'est rompue dans la nuit, la dilatation est complète.

A 7 heures, je fais la perforation du crâne et je remets la basio-

---

(1) Communication faite à la Société médicale de Pau, le 12 déc. 1902.

tripsie à plus tard, espérant que les contractions utérines, qui persistent régulières, abaisseront un peu la tête réduite par cette première intervention.



A 9 heures, je pratique la basiotripsie sous le chloroforme. La tête ne s'est pas abaissée d'une façon appréciable. Aussi l'opération est-elle excessivement pénible.

La partie fœtale est tellement élevée, le bassin si étroit et les corps vertébraux lombaires obstruent tellement l'ouverture abdominale du bassin, que c'est avec beaucoup de difficultés que je

parviens à saisir la tête et à la réduire au volume voulu pour que l'extraction soit possible.

Trois broiements successifs sont nécessaires pour arriver à ce résultat.

Délivrance régulière, parties molles intactes.

Fœtus du sexe masculin pesant 2.200 grammes sans le contenu de la cavité cranienne qui pèse en moyenne 345 grammes.

Je passe sur les précautions antiseptiques et la désinfection vagino-utérine, faite immédiatement après la délivrance.

Suites de couches sans incident autre que quelques élévations de T, laquelle atteint au maximum 38°,2. Plusieurs irrigations intra-utérines ont été pratiquées durant les suites de couches.

Cette femme quitte la Maternité le 17 décembre en bon état de santé.

Elle rentre dans le service le 8 novembre 1902, enceinte de 8 mois et demi environ.

Je l'examine minutieusement, et ce nouvel examen confirme entièrement les constatations antérieures.

Le fœtus paraît de volume moyen, c'est-à-dire un peu plus gros que le premier. Je décide d'attendre le terme de la gestation et d'intervenir, autant que possible, avant tout travail, par la section césarienne.

Je pratique cette opération le 22 novembre à 10 heures du matin, dans les conditions désirées, avec le concours des docteurs Dassieu et Goudard et en présence de plusieurs confrères, qui avaient bien voulu me faire l'honneur d'assister à cette séance.

L'opération n'a présenté aucune difficulté, ni même aucun incident.

J'ai extrait un enfant du sexe féminin pesant 3 kilos, qui s'est hâté de manifester son bon état de vitalité par des cris énergiques.

Le placenta, qui était inséré à la face postérieure de l'utérus, s'est laissé décoller très facilement ainsi que les membranes.

L'hémorragie a été très modérée, guère plus abondante que dans un accouchement par les voies normales.

Le choc opératoire a été insignifiant.

Les suites de cette intervention ont été des plus simples. La T. la plus élevée a été de 37°4, et le pouls n'a pas dépassé 80.

Dans la technique employée je ne signalerai que quelques

points qu'il est encore utile de mettre en lumière, parce qu'ils ne sont pas admis par tous les auteurs. Ils me paraissent en outre avoir eu une influence réelle sur l'excellence du résultat.

1° Incision haute, aussi haute que possible, de la paroi abdominale et de l'utérus, de manière à éviter d'entamer le segment inférieur de l'utérus, beaucoup moins rétractile que le segment supérieur. La moitié de mon incision était sus-ombilicale.

2° Suture très soignée de la paroi utérine. Je n'ai pas posé moins de vingt-six sutures profondes ou superficielles.

3° Abandon de toute constriction du pédicule utérin. laquelle s'oppose à la rétraction de l'organe qu'il faut favoriser.

4° Isolement complet de l'utérus *avant son ouverture*, au moyen de compresses larges et épaisses, de manière que *rien* ne puisse pénétrer dans la cavité péritonéale et que *l'intestin ne soit vu à aucun moment*.

6° Hardiesse et rapidité dans l'exécution de l'opération. Celle-ci n'a duré que quarante-cinq minutes, y compris la suture de la paroi abdominale, qui a été faite à trois étages, et la pose du premier pansement.

Ce serait toutefois singulièrement méconnaître les conditions nécessaires du succès dans la césarienne, que de croire qu'une technique, même parfaite, y suffit.

Ces autres conditions primordiales, je les ai rencontrées, d'abord dans la rigoureuse sévérité avec laquelle Mlle Legrand, accoucheuse en chef de la Maternité, a veillé à l'asepsie opératoire; ensuite dans la savante et froide dextérité de M. le docteur Goudard, enfin, dans l'art consommé avec lequel M. le docteur Dassieu a procédé à l'administration du chloroforme.

Au cours de visites que plusieurs confrères ont bien voulu faire à la Maternité, où l'opérée et son enfant leur ont été présentés, quelques-uns d'entre eux m'ont demandé pourquoi j'avais préféré, dans ce cas, la césarienne à la symphyséotomie.

Deux motifs ont déterminé mon choix.

1° Le degré de rétrécissement pelvien ;

2° La situation particulière des corps vertébraux lombaires par rapport à l'ouverture abdominale de l'excavation.

J'ai dit que le diamètre promonto-sous-pubien, mesuré à plusieurs reprises, avait donné une longueur de 77 millimètres.

En retranchant 15 millimètres, comme il me paraissait légitime de le faire d'après la hauteur et l'épaisseur de la symphyse, il restait 62 millimètres pour le diamètre P. P. minimum ou diamètre utile.

D'autre part, une tête de fœtus à terme présente, en moyenne, un diamètre bi-pariétal de 95 millimètres.

Pour que l'accouchement fût possible à l'aide de la symphyséotomie, il fallait donc obtenir un agrandissement du diamètre antéro-postérieur de 33 millimètres, ce qui aurait donné l'équation :

$$62 + 33 = 95$$

Or, d'après l'échelle théorique des agrandissements du détroit supérieur (diamètre antéropost.) établie par Farabeuf, pour un bassin de 60 millimètres, il aurait fallu pousser l'écartement pubien jusqu'à 7 centimètres, écartement donnant, d'après cet anatomiste, 33 millimètres d'agrandissement utilisable du D. Ant. Postérieur.

Le bassin auquel j'avais affaire ayant 2 millimètres de plus que le bassin de Farabeuf, j'aurais obtenu par un tel écartement l'équation nécessaire :

$$60 + 2 + 33 = 95$$

Mais il faut remarquer que tous ces calculs sont théoriques et qu'il eût suffi que l'un des éléments se trouvât en défaut dans ce cas particulier pour que le résultat de l'opération fût compromis.

D'une part, je n'étais pas certain de pouvoir réaliser cet écartement extrême du pubis de 7 centimètres, ni surtout de le réaliser sans dégâts des parties molles du conduit gé-

nital ; d'autre part, je n'étais pas certain de pouvoir le réaliser symétriquement, condition indispensable pour obtenir les 33 millimètres d'agrandissement nécessaire.

Le diamètre promonto-pubien minimum avait-il bien les 62 millimètres résultant du calcul ?

Du côté du fœtus, le diamètre B. P. pouvait être supérieur à 95 millimètres, cette dimension n'étant qu'une moyenne.

A cette limite extrême des calculs théoriques, les résultats pratiques sont fatalement incertains.

Aussi admet-on généralement que la symphyséotomie ne doit pas être tentée pour les bassins dont le diamètre pr.-pubien minimum ou diamètre utile ne dépasse pas 65 millimètres.

Ces motifs auraient amplement suffi à déterminer mon choix en faveur de la césarienne.

Mais une autre condition particulière de ce cas m'éloignait encore de la symphyséotomie. C'était l'inclinaison des corps vertébraux lombaires au-dessus du détroit supérieur, résultant de la scolio-lordose de la région.

Ceux d'entre vous qui ont vu l'opérée ont pu constater l'ensellure en coup de hache de la région lombaire, et se faire ainsi une idée exacte de la manière dont le détroit supérieur se trouvait partiellement obstrué.

C'est cette obstruction, autant que l'angustie pelvienne, qui avait rendu si pénible la basiotripsie antérieure dont je n'avais pu perdre le souvenir.

Qui peut dire dans quelle mesure cette condition aurait troublé les résultats de la symphyséotomie, alors même que le bassin se fût trouvé dans les autres conditions requises pour subir cette opération ?

En fait, et sans vouloir tirer de ce cas particulier un argument général, la césarienne a pu être réalisée dans des conditions encore plus bénignes que la basiotripsie elle-même.

ACÉTONURIE ET GROSSESSE

Par MM. Victor **Audibert**, interne de la Maternité et de la clinique obstétricale, et Alfred **Barraja**, interne en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

Notre maître, M. le professeur Queirel, à qui revient l'idée de ce travail, avait remarqué plusieurs fois et depuis longtemps déjà que, pendant la grossesse, acétonurie n'est pas synonyme de mort du fœtus, et que l'assertion de Vicarelli (1) avait besoin d'être contrôlée. Bien qu'un certain nombre d'auteurs aient déjà fait ce contrôle, d'une façon plus ou moins complète, notre maître nous engagea à nous occuper de cette question, et c'est sur ses conseils que nous nous sommes livrés à de minutieuses recherches.

Nous avons élargi le cadre de notre travail primitif et nous nous sommes proposé dans cette étude un double but : d'abord vérifier la valeur de l'acétonurie, non seulement dans le cas de mort du fœtus, mais encore aux diverses périodes de la gestation normale ou pathologique (avant, pendant et après l'accouchement) ; ensuite, exposer les procédés de recherche de l'acétone pour choisir le meilleur. En effet, en parcourant les diverses publications sur le sujet qui nous occupe, nous avons remarqué combien étaient souvent défectueuses les manipulations employées, et nous avons pensé qu'en précisant une technique à la fois simple et sensible, nous rendrions service à ceux qui entreprendraient après nous de pareilles recherches, sans être obligés de consulter les traités classiques au risque de s'égarer dans la foule des procédés et de choisir le plus mauvais.

(1) Vicarelli, Die Acetonurie während der Schwangerschaft. *Prager med. Wochenschrift*, 16 août 1893, p. 403.

Cette partie chimique a été placée tout naturellement en premier paragraphe et, chemin faisant, nous avons indiqué les particularités propres aux recherches souvent délicates des divers corps de l'urine que nous avons examinés. Dans une seconde partie, nous donnons le résultat de nos observations qui doivent nous permettre de formuler des conclusions.

I. — Partie chimique.

L'examen chimique de nos urines a porté d'une façon systématique sur les corps suivants :

1° Densité ; 2° sucre ; 3° albumine ; 4° peptones ; 5° urobiline ; 6° indican ; 7° acétone.

Nous nous sommes efforcés de les déceler aussi exactement que possible et surtout de les caractériser par des procédés qui, tout en leur conservant leur exactitude, permettent de faire les recherches avec plus de facilité.

1° **Densité.** — Elle a été déterminée à + 15° et nous avons noté chaque fois l'aspect de l'échantillon.

2° **Sucre.** — Il a été recherché par la méthode de Fehling et, pour conclure, nous nous sommes assuré que le précipité était bien du cuivre, car de nombreuses urines semblent donner la réaction du glycose, bien qu'il n'y ait pas de réduction. A cet effet, le précipité rouge était recueilli, lavé, dissous dans l'acide nitrique étendu d'eau et traité par l'ammoniaque. Ce n'est qu'en présence de la couleur bleue que nous caractérisions le sucre. Ces opérations, banales en apparence, avaient pourtant un réel intérêt, car il importait dans nos recherches de connaître si les femmes n'étaient pas diabétiques.

3° **Sérine albumine.** — Elle a été décelée par les procédés les plus exacts (action de la chaleur en présence de l'acide trichloracétique, qui empêche la précipitation des peptones), du sulfate de soude, de l'acide azotique. Disons en passant que le procédé de dosage par la liqueur d'Esbach est très

approximatif dans la pratique ; l'albumine que l'on croit avoir précipitée est un mélange d'albumine et de peptone, et, de plus, il arrive fréquemment que le précipité s'élève à la partie supérieure du tube, et, dans ce cas, comment les doser ?

4° **Peptones.** — Nous avons caractérisé les peptones d'abord en précipitant l'albumine avec le réactif de Bouchardat (iode, 2 ; IK, 4 ; eau distillée, 100 grammes), puis quand celle-ci ne précipitait plus, on faisait agir le liquide de Tanret (bichlorure Hg., 4 gr. 06 ; IK, 9,66 ; acide acétique, 60 centimètres cubes ; eau distillée, Q. S. par 192 centimètres cubes). Ce procédé est excellent. Il en existe pourtant plusieurs autres que nous avons expérimentés tour à tour ; ils demandent pour la plupart beaucoup de temps et de délicatesse. Les deux suivantes pourtant nous paraissent de la plus grande utilité.

a) *Méthode de Yavorowshi.* — On additionne l'urine de carbonate de soude en excès ; on filtre, on évapore au tiers de son volume et après un nouveau filtrage, si c'est nécessaire, on traite 4 centimètres cubes de cette urine par le réactif suivant (1 goutte) : molybdate d'AzH^3, 1 gr. ; acide citrique, 4 gr. ; eau distillée, 40 gr.

L'urine contient-elle de l'albumine ou des peptones, on a alors un précipité, on chauffe ; s'il se dissout, ce sont des peptones qui reprécipitent par refroidissement ; l'albumine ne change pas.

b) *L'autre méthode, plus pratique encore*, consiste à verser dans trois tubes dont un servira de témoin 20 centimètres cubes du réactif d'Esbach et 10 centimètres cubes d'urine, ce qui fait 30 centimètres cubes de liquide par tube. La présence d'un précipité indique celle de l'albumine ou des peptones, on traite les deux tubes, le premier par l'acide azotique, et le second par la chaleur. Les peptones se redissoudront dans les deux cas. On compare avec le troisième tube témoin.

Ce procédé peut remplacer avantageusement la *Biuret-réaction*, que nous citons à titre documentaire. 100 centimètres cubes d'urine sont traités par du sous-acétate de plomb ; on

agite et on ajoute à froid du carbonate de soude jusqu'à saturation, on agite à nouveau : la liqueur limpide additionnée de 1 à 6 gouttes de liqueur de Fehling en présence de 1 centimètre cube de lessive de soude, donne une coloration rosée violacée bien différente de la coloration bleue obtenue dans un tube témoin exempt de peptones.

Nous avons insisté à dessein sur ces méthodes de recherche de peptones dans les urines, car il est important de savoir différencier d'une façon pratique l'albumine de ceux-ci. Dans notre travail, c'est incidemment que nous avons été amené à ces manipulations ; notre observation II, en effet, publiée *in extenso* dans le *Marseille médical*, avait trait à une éclamptique, dont les urines contenaient une grande quantité de peptones ; mais dans les diverses maladies s'accompagnant d'albuminurie, soit à l'état chronique, soit à l'état aigu, il est intéressant de faire cette différenciation qui pourra éclairer la pathogénie de l'affection, si, l'on admet que la peptonurie indique toujours un état infectieux.

5° **Urobiline.** — Elle a été recherchée au spectroscope et contrôlée par le procédé de Riva (alcool amylique et chlorure de zinc ammoniacal), sur lequel MM. Gilbert et Herscher (1) viennent tout récemment d'attirer l'attention.

6° **Pigments biliaires.** — Ils méritent une note spéciale ; la réaction de Gmelin par l'acide azotique nitreux est tout à fait insuffisante. En effet, cette réaction peut être donnée par les moindres traces de chloroforme ou d'alcool. Le procédé par l'acide sulfurique en présence de nitrate de potasse, ainsi que le procédé par la teinture d'iode paraissent plus exacts : c'est de ceux-là que nous nous sommes servis.

7° **Indican.** — L'indican, étant un chromatogène, n'exige pas que l'urine dans laquelle on le rencontre soit colorée ; cet indigogène, nom plus exact, indique bien que le sulfate d'indoxyle (état dans lequel se retrouve ce corps) qu'il faut oxyder

---

(1) A. Gilbert et M. Herscher, Origine rénale de l'urobiline. *Presse médicale*, 3 septembre 1902.

pour le transformer en indigo. Les recherches sont donc basées sur l'apparition de la couleur bleue, indice de l'oxydation.

Deux procédés simples donnent de bons résultats : dans le premier, on se sert de chlore ; mais dans ce cas, si la quantité est insuffisante, la coloration apparaît mal ; si elle est trop forte, la coloration est détruite. On voit donc que le point exact est difficile à obtenir. Dans le second, et c'est celui que nous préférons, l'eau oxygénée remplace le chlore et avec celle-là, il n'y a pas à craindre de décoloration. On trouvera d'ailleurs les procédés décrits dans tous les traités classiques.

Acétone. — Les procédés de recherche de l'acétone sont nombreux : nous les avons tous expérimentés afin de constater par nous-mêmes les difficultés et les défauts inhérents à leurs manipulations et pour mieux être à même de conseiller ceux qui nous ont paru les plus pratiques.

a) La méthode la plus employée, celle dont s'est servi M. Couvelaire dans ses recherches (1), consiste à observer la formation d'iodoforme au moyen de divers réactifs. C'est d'ailleurs sur ce procédé qu'est basé le dosage de l'acétone. Il suffit d'ajouter à l'urine une solution iodo-iodurée en présence de soude. S'il y a de l'acétone, il se forme alors des cristaux d'iodoforme reconnaissables à l'odeur, à la couleur, et à la forme microscopique. Nous n'insisterons pas sur ce procédé appelé procédé de Lieben, complètement et très bien décrit dans la thèse de M. Argenson (2). Il est bon mais quelquefois peut être inexact, puisque M. Salkowski (3) affirme que l'acétone ne se trouve pas formée dans l'urine, mais qu'elle semble un produit de réactions ultérieures exécutées au moment de ces recherches. De plus après avoir expérimenté ce procédé plusieurs fois, nous l'avons adandonné, car il nous a paru peu précis dans les cas où l'acétone se rencontre en très petite quantité : il est alors très difficile d'apprécier à

(1) A. Couvelaire, De l'Acétonurie transitoire du travail de l'accouchement. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1899, p. 417.

(2) Argenson, *Recherches sur l'acétonurie*, Paris, 1898.

(3) Salkowski, *Ph. Zeitung*, 1890, 538, XXXV.

l'odeur et à la vue les traces infinitésimales d'iodoforme qui ont pu se former.

b) La méthode par le *perchlorure de fer*, communément employée, ne signifie à notre avis absolument rien. En effet, la réaction rouge qu'on obtient par ce réactif n'est pas due à l'acétone, corps inactif sur les sels ferriques, mais bien aux acides diacétiques qui l'accompagnent.

c) Nous avons encore recherché l'acétone au moyen du *sulfate mercurique*, procédé qui consiste à faire bouillir au bain-marie, pendant une minute, parties égales d'urine et de réactif. Cette opération est tout à fait défectueuse ; il est très difficile en effet d'apprécier le trouble qui doit se produire dans cette ébullition trouble, unique révélateur de la présence de l'acétone.

d) *Procédés plus pratiques et plus exacts.* — Un autre procédé plus exact consiste à traiter le distillatum par une solution de bisulfite de rosaniline décolorée par l'acide sulfureux : c'est le procédé de Chautard (1). Avant de commencer la recherche, on prépare son réactif en faisant passer un courant d'anhydride sulfureux SO^2 dans une solution de 5 centigrammes de fuchsine dans 100 grammes d'eau, jusqu'à décoloration.

Le produit de distillation de l'urine normale, mélangé à parties légales avec cette solution, ne donne rien. S'il y a de l'acétone dans l'urine, la coloration rose de la fuchsine reparait, et la teinte plus ou moins foncée est un bon indice des proportions de ce corps.

Si nous avons un reproche à faire à ce procédé, c'est qu'il est peut-être trop sensible, quelquefois même la solution de bisulfite décolorée se recolore elle-même légèrement par simple agitation.

e) *Méthode de choix.* — Enfin la méthode que nous recommandons et qui nous a paru la meilleure, est celle de Shider, qui est une combinaison des procédés de Legal, Lieben et

(1) Ch. Livon, *Diction. de Physiologie* ; article Acétonurie.

Dragendorff. La voici : on introduit dans un ballon dont le col est muni d'un tube abducteur coudé et effilé, plongeant dans un tube à essai contenant un peu d'eau distillée, 50 centimètres cubes environ d'urine additionnée de 5 centimètres cubes d'acide sulfurique dilué. On chauffe doucement, et quand on a recueilli 3 centimètres cubes de liquide on arrête le chauffage. On ajoute alors immédiatement au distillateur 6 gouttes environ de solution récente de nitroprussiate de soude à 10 p. 100, et à à 2 gouttes de lessive de soude concentrée, jusqu'à réaction alcaline.

En présence de l'acétone on a une couleur rouge rubis ; si l'acétone n'y existe qu'à l'état de traces, la couleur est jaune orangé. Pourtant plusieurs réactions peuvent également donner, par ce procédé, la coloration rouge ; il est alors très facile de différencier celle-ci. Il suffit d'ajouter 6 à 8 gouttes d'acide acétique. Y a-t-il de l'acétone ? La couleur rouge se fonce, et si elle était jaune elle devient rouge. N'y a-t-il pas d'acétone ? Il se produit une décoloration.

Il peut arriver pour une raison ou pour une autre que l'on soit obligé de faire la recherche de l'acétone dans une urine ammoniacale ; à cet état là, il a pu se former des réactions donnant l'illusion de l'acétone. Nous avons vu qu'il était facile de faire la différenciation.

f) Voici un procédé assez simple permettant de rechercher directement l'acétone dans une urine ayant fermenté et présentant une réaction ammoniacale : c'est le *procédé Gunning*.

On ajoute, pour l'exécuter, quelques gouttes de teinture d'iode à l'urine. Il se forme tout d'abord un précipité noir. On attend un instant, puis on secoue légèrement, et la coloration noire disparaît pour faire place à un précipité blanc jaunâtre caractéristique de l'iodoforme, toujours reconnai s sable à son aspect microscopique.

Il est incontestable cependant que dans une urine fermentée l'acétone se retrouve moins facilement. En effet, dans un tube bouché contenant de l'urine, nous avons versé une certaine quantité d'acétone et nous avons abandonné ce tube *non*

bouché pendant 10 jours à la température ordinaire. Puis un second tube contenant encore de l'urine et la même quantité d'acétone a été laissé bouché pendant le même laps de temps et à la même température.

Enfin un 3e tube a été placé dans la glace pendant la même durée de temps et dans les mêmes conditions de mélange.

Or, le liquide de ces 3 tubes examiné nous a démontré que le premier (bouché et à la température ordinaire) donnait moins d'acétone que celui qui était conservé dans la glace et qu'enfin, l'urine du troisième tube, exposé à l'air libre, ne contenait presque plus d'acétone. Il résulte de ces expériences, que la recherche de ce corps peut très bien être faite sur de vieilles urines, à condition toutefois qu'elles soient bien bouchées ; dans tous les cas, il vaut mieux les conserver à la température de 0°. Tels sont les détails de technique et les méthodes les plus pratiques que nous avons cru bon de signaler dans la recherche de l'acétone.

II. — Observations

Nous donnons maintenant le résumé des observations qui ont fait la base de notre travail. Elles sont au nombre de 24, mais, quelquefois, chacune d'elle a donné lieu jusqu'à 3 ou 4 analyses différentes, ce qui fait environ un total de 100 analyses auxquelles nous nous sommes livré. Ces observations ont trait à des grossesses normales, pathologiques, compliquées de fœtus mort.

Nous rappelons que dans presque toutes ces analyses la recherche de l'acétone a été faite par plusieurs procédés, mais spécialement par celui de Shider, et nous n'avons conclu à la présence de ce corps qu'après le contrôle par cette méthode.

Obs. I. — Maternité. Marie Seg..., primipare. Enceinte de 8 mois; grossesse normale pendant tout son cours; présentation, O. I. G. A.; battements fœtaux s'entendant bien à gauche. Urines analysées le

21 août 1902 : densité, 1.013; aspect, rouge limpide. Présence d'indican en quantité notable. Urobiline, sucre, albumine, néant; *acétone, absence.*

Obs. II. — Clinique obstétricale. Femme ayant eu de nombreuses crises d'eclampsie. Fœtus de 6 mois. Plus de battements fœtaux; avortement.

1° Urines examinées les 23, 30, 31 juillet 1902 avant l'avortement : densité, 1.011 ; aspect trouble, rougeâtre ; indican, traces ; sucre et urobiline, néant ; albumine 1,90 ; peptones abondants ; *acétone, absence.*

2° Urines examinées après l'avortement : densité, 1.005 ; aspect, trouble jaune or ; sucre et peptone, absence ; albumine tombée à 0,90 ; *acétone, absence.*

Obs. III.— Clinique obstétricale. Victorine R..., 23 ans, enceinte pour la deuxième fois. Premier enfant mort à 1 mois.

Enceinte actuellement de 9 mois ; grossesse très bonne.

1° Urines examinées le 9 août avant le travail : Densité 1020, couleur jaune trouble ; absence de sucre, albumine, indican ; urobiline, traces ; *acétone, absence.*

2° En travail le 14 août : densité, 1.022 ; traces d'urobiline ; *acétone, absence.*

3° 24 heures après le travail : *acétone, absence.*

Obs. IV. — Clinique obstétricale. Claire Gir..., 21 ans, 2e grossesse. La première s'est terminée à terme, l'actuelle est au 9e mois ; O. I. G. A. Les urines sont prises le 12 août, après 11 heures de travail. Le matin l'auscultation était normale, mais une heure avant l'accouchement plus de battements.

Accouchement à 6 heures et demie du soir d'un fœtus bien constitué, mais mort cyanosé en état de rigidité cadavérique.

Urines prises le 12 août jusqu'au moment de l'accouchement : densité, 1.021 ; aspect, rouge ; albumine, 1,50 ; urobiline et sucre, néant ; indican, traces ; *acétone, traces.*

Obs. V. — Maternité. Marie Vad..., 28 ans, 2e grossesse ; la première s'est terminée à terme. Actuellement enceinte de 7 mois. Hémorragies répétées. Ventre ne présentant aucune caractéris-

tique, mais il est douloureux et donne des sensations floues. Les battements ne s'entendent pas, douleurs abdominales très vives depuis 15 jours. Le 12 août, jour de l'entrée, cette femme perd les eaux en assez grande quantité.

1° Urines analysées le 13 août : densité, 1.011 ; aspect jaune pâle avec dépôt abondant ; albumine, sucre, indican, absence ; traces d'urobiline ; *absence d'acétone.*

2° Urines analysées le 14, mêmes réactions : densité, 1.016.

3° Le 16 août, analyse donnant les mêmes réactions.

15 jours après, cette femme a expulsé un fœtus vivant.

Obs. VI. — Maternité. Emilie Test..., 25 ans, entrée le 27 août 1902, en travail, grossesse 7 mois et demi O. I. G. A. Cette femme a eu des hémorragies pendant presque toute sa grossesse. Placenta prœvia. A eu une métrite soignée à l'Hôtel-Dieu il y a un an et demi.

A senti des mouvements actifs à 4 mois et demi, mais depuis 4 jours son enfant ne bouge plus. L'auscultation est nulle, la palpation donne des sensations floues.

Accouchement à 4 heures d'un fœtus vivant.

Urines du 27 examinées le 28. Avant l'accouchement : densité, 1.011 ; aspect, jaune liquide ; traces d'indican, d'albumine sans albumoses ; présence notable d'urobiline ; *acétone, absence.*

Obs. VII. — Clinique obstétricale. Vivian B..., sans profession, 22 ans, entrée le 26 août. En travail d'avortement. Primipare de 5 à 6 mois avec utérus à hauteur de l'ombilic. Syphilis il y a un an. Cette femme dit n'avoir jamais senti bouger son fœtus, depuis 2 jours elle perd du sang et les douleurs abdominales sont vives ; l'auscultation ne révèle aucun battement ; il n'existe aucune sensation bien nette au palper. Le 26, à 9 heures du soir, dilatation artificielle du col, avortement d'un fœtus mort, macéré ; délivrance artificielle ; suites excellentes.

Urines du 26, avant l'avortement, conservées dans la glace. 3 jours : densité, 1.020 ; aspect rouge avec dépôt rouge-brun ; sucre, albumine et urobiline, néant ; indican, traces ; *acétone, présence notable.*

Obs. VIII. — Clinique obstétricale. Catherine Par..., 18 ans, en travail, primipare enceinte de 9 mois ; O. I. G. A. Vomissements

pendant le cours de sa grossesse; auscultation bonne; travail très lent.

1° Urines prise le troisième jour d'un travail très lent, analysées le 31 août : densité, 1.015; couleur, rouge trouble; sucre, néant; peptones, néant; albumine, néant; indican, traces; *acétone, présence.*

Accouchement le 30 août d'un enfant vivant.

2° Urines du *post partum* examinées le 2 septembre : densité, 1.011; aspect, rouge sombre; sucre et albumine; indican, traces en quantité moindre; urobiline, traces; *absence d'acétone.*

Obs. IX. — Maternité. Malanie Ans..., 30 ans, examinée le 26 août en travail : quatrième grossesse dont une gemellaire avec un fœtus mort, l'autre normale, et la troisième, avortement à 5 mois. A senti les mouvements actifs à 4 mois, est à peu près à terme ; grossesse bonne. Entrée dans le service le 21 août avec battements fœtaux s'entendant bien, mais très sourdement. Depuis 4 jours le fœtus ne remue plus, l'auscultation est nulle.

1° Urines du travail examinées le 28 août 1902 : densité, 1090 ; aspect rougeâtre ; albumine et sucre, néant; beaucoup d'indican; *acétone, présence.*

2° Urines post partum, le lendemain : densité, 1013; aspect orangé clair, dépôt presque nul ; ni albumine, ni sucre ; toujours beaucoup d'indican ; *acétone, absence.*

La femme a accouché en siège décomplété (mode des fesses) d'un fœtus macéré mort, l'épiderme se soulève facilement. Le liquide amniotique est brunâtre.

Obs. X. — Maternité. Marie Bar..., 33 ans, quatrième grossesse à terme. Ventre en besace. Présentation de l'épaule actuellement en sommet après version par manœuvres externes, non en travail. Battements nuls quoique la femme affirme sentir remuer son fœtus de 8 mois. Cette parturiente présente une dysenterie constante et chronique ; très anémiée.

Urines examinées le 5 septembre dans cet état-là. Densité, 1.020. Réaction acide ; sucre et albumine, néant; indican, traces ; *absence d'acétone.*

Cette femme est revue 15 jours après, et les battements fœtaux sont nettement perceptibles.

Obs. XI. — Clinique obstétricale. Mign..., Marie, 31 ans. Deuxième grossesse de 3 mois ; la première s'est terminée à terme. Cette femme est en menace d'avortement depuis 2 jours. Absence de battements fœtaux.

Urines analysées le 6 septembre : densité 1.012. Réaction acide ; couleur rouge; sucre et albumine, néant ; urobiline, traces ; indican en quantité ; *présence d'acétone.*

La femme accouche d'un fœtus mort.

Obs. XII. — Clinique obstétricale. Eugénie Bl..., 24 ans. Deuxième grossesse dont la première à terme. Avortement il y a 2 mois d'un fœtus de 4 mois. Actuellement pertes putrides. Rétention d'un gros débris placentaire putride, pas de fœtus ; curettage.

Urines avant le curettage, densité, 1.019 ; rouge foncé ; réaction acide ; sucre, néant ; albumine, traces ; indican, présence, et *absence d'acétone.*

Obs. XIII. — Clinique obstétricale. Alexandrine P..., 22 ans, primipare, sans antécédents syphilitiques. En travail d'avortement à 6 mois et demi, a perdu les eaux, le 2 septembre au matin. A l'examen, le 2 au soir, dilatation minima. Peu de contractions, les battements fœtaux s'entendent à gauche.

1° Urines du travail analysées le 4 septembre 1902 : densité, 1.010 ; réaction acide; couleur, rouge brune; albumine, traces ; sucre et indican, néant ; *absence d'acétone.*

L'avortement se produit le 3 au soir. Le fœtus est vivant.

Des urines sont prises après l'avortement.

2° Urines post partum plusieurs heures après. Densité, 1.006, réaction acide; couleur jaune; traces d'albumine; urobiline et sucre, néant ; indican, néant; *acétone, présence.*

3° Urines examinées le lendemain de l'avortement : *absence d'acétone.*

Obs. XIV (1). — Primipare de 26 ans, dont les mouvements actifs ont cessé il y a un mois, c'est-à-dire au huitième mois, battements nuls. La femme est à terme, mais pas en travail.

Urines analysées le 4 septembre : densité, 1.010, réaction acide,

(1) Urines remises par M. le docteur Lop.

couleur jaune pâle; albumine, traces; indican, sucre, urobiline, traces; *absence d'acétone.*

Trois jours après, M. le docteur Lop nous apprend qu'on entend de nouveau les battements.

Obs. XV. — Maternité. Marie G..., 19 ans, primipare, au huitième mois et demi, pas en travail O. I. G. A. Chez cette femme la palpation est presque impossible à cause de la rigidité des parois.

Analyse faite le 16 septembre par M. Péraldi : Densité, 1.020; sucre, albumine, indican, urobiline, néant ; *absence d'acétone.*

Le lendemain l'auscultation s'entend, mais faible. La femme a de petites douleurs.

Obs. XVI. — Maternité. Lucie Lud..., 28 ans, primipare en travail le 20 septembre.

1° Urines examinées par M. Manent : Densité, 1.016, rien de particulier pour tous les corps, mais *présence d'acétone.*

2° Le lendemain, 24 heures après l'accouchement d'un fœtus en vie, on pèse les urines et on a : *acétone, présence.*

3° 48 heures après, *plus d'acétone* du tout.

Obs. XVII (1). — Maternité. M..., Joséphine, 30 ans, grossesse normale et à terme.

1° Pendant le travail : Rien de particulier. *Acétone, absence.*

2° 24 heures après l'accouchement, fœtus en vie : Densité, 1.020; *absence d'acétone.*

3° Urines, 3 jours après : toujours *absence d'acétone.*

Obs. XVIII. — Maternité. G..., Marie, accouchée le 24 septembre, à une heure de l'après-midi, d'un fœtus en vie.

1° Urines avant accouchement (2) : densité, 1.025; couleur ambrée ; réaction acide ; albumine, 0,50 ; peptones, néant ; glycose, urobiline et indican, néant ; *présence d'acétone.*

2° Pendant le travail : *présence d'acétone* ;

3° Après l'accouchement : *présence d'acétone* ;

4° Cinq jours après : albumine, 0. ; *plus d'acétone.*

---

(1) Analyses faites par M. le professeur Domergue.
(2) Analyses faites par M. le professeur Domergue.

que les affections qui compliquent la grossesse exercent une influence sur l'acétonurie; celle-ci serait plus fréquemment observée qu'à l'état normal.

Nous n'avons, pour notre part, que 5 observations ; dans l'une (obs. V), il s'agissait d'hémorragies très abondantes qui avaient profondément anémié la malade; dans l'autre (obs. VI), la femme avait également des hémorragies très abondantes, un écoulement vaginal blanchâtre, et d'ailleurs le passé de la parturiente indiquait déjà plusieurs métrites ; la troisième avait trait à une albuminurique avec éclampsie (obs. IV) publiée *in extenso* par l'un de nous dans le *Marseille médical.* La quatrième femme (obs. X) était enceinte de 8 mois avec dysenterie chronique persistante depuis 3 mois et amaigrissement consécutif. Dans ces 4 cas, il n'y avait aucune trace d'acétone, non seulement à une seule analyse, mais à 2 et 3 examens répétés à intervalles plus ou moins éloignés. Une seule fois (obs. XXIII) nous en avons rencontré, il s'agissait d'une femme syphilitique ayant une grossesse gémellaire, mais dans ce cas les deux fœtus étaient morts, ce qui enlève toute valeur à la constatation de ce signe.

En somme, l'acétone a été constamment absent dans les urines des grossesses compliquées. Pour notre part, nous ne confirmons donc pas l'assertion que nous avons donnée plus haut des auteurs parisiens.

III. **Pendant le travail.** — Nous avons eu l'occasion d'examiner 12 fois les urines pendant le travail et 6 fois nous avons rencontré de l'acétone, ce qui fait une proportion de 50 p. 100, il y a donc là plus qu'une coïncidence : il y a une frequence qu'il n'est pas possible de mettre sur le compte du hasard. Il semble bien, comme l'a le premier signalé Couvelaire, qu'il existe une *acétonurie du travail*, et ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que nos observations IV et XXIII se rapportent à des femmes chez lesquelles les urines ne décelaient aucune trace d'acétone pendant la grossesse ; au moment du travail, au contraire, ce corps est apparu. Mais l'acte de l'accouchement ne détermine pas fatalement l'acétonurie, puisque nous

l'avons vu manquer dans la moitié des cas. Nos chiffres sont sensiblement plus faibles que ceux de M. Couvelaire. En effet, celui-ci a trouvé un pourcentage de 88,3 p. 100; il faut remarquer cependant qu'il compte dans ce chiffre l'acétonurie des suites de couches et nous allons voir que quelquefois l'acétonurie apparaît seulement pendant le travail et n'existe plus après la délivrance.

En général, l'acétone n'apparaît pas au début du travail mais plutôt vers la fin et surtout dans les accouchements très laborieux et très longs.

Disons enfin que dans notre observation IX les urines ont bien été examinées pendant le travail, mais la grossesse était compliquée encore ici de fœtus mort, ce qui, une fois de plus, enlève toute valeur absolue à la constatation de l'acétonurie transitoire.

IV. **Pendant les suites de couches.** — La plupart du temps nos femmes examinées au moment de l'accouchement ont été suivies le jour même, le lendemain, le surlendemain, et quelquefois 3 ou 4 jours après le *post partum* ; 4 fois seulement sur 11 cas (observ. III, XVII, XXI, XXIV) nous avons vu l'acétonurie faire défaut, c'est donc dire que dans 63,6 p. 100 des cas il existe une acétonurie *post partum*. Celle-ci commence à se manifester au moment du travail, puisque, 4 fois sur 6, l'acétonurie pendant l'accouchement s'est montrée après la délivrance pendant un temps plus ou moins long, mais ce n'est pas là une règle absolue, puisque les deux autres fois l'acétone ne s'est pas rencontré après le travail. La date de la disparition de ce corps est variable, mais en principe on peut dire que 48 heures après la délivrance, il n'en persiste plus aucune trace dans l'urine. Ces constatations confirment les données de M. Couvelaire, puisque celui-ci nous dit que l'acétonurie disparaît le plus souvent de 24 à 48 heures après l'accouchement.

M. Couvelaire nous dit encore que chez les primipares l'acétonurie est plus accentuée et plus prolongée que chez les multipares, et il rapproche cette prédilection pour

les primigestes de l'albuminurie de la grossesse et surtout du travail, qui, elle aussi, est plus fréquente que chez les pluri-gestes. « Ne pourrait-on pas les considérer toutes deux, dit-il, comme les manifestations d'une auto-intoxication gravi-dique latente ou manifeste ? » Nous n'avons pas vérifié ces intéressantes constatations et, partant, la vérité de cette hypothèse gratuite, mais très vraisemblable ; cependant, nous avons un fait qui semblerait formellement contredire ce qu'avance cet auteur. Notre observation IV, en effet, se rapporte à une primipare albuminurique du fait même de sa grossesse et qui n'a jamais présenté d'acétone malgré la présence d'un fœtus mort. En résumé, on peut dire que, si l'état de gestation ne se complique pas d'acétonurie, le travail, par contre, a une influence manifeste sur celle-ci et la favorise, qu'il en est de même dans les suites de couches, et que généralement il faut considérer cette acétonurie du *post partum* comme étant produite au moment du travail pour se continuer 24 heures et quelquefois 48 heures après celui-ci.

V. — **Fœtus mort in utero.** — La question de l'acétonurie dans le cas de mort du fœtus est plus intéressante, car elle a donné lieu à de nombreuses recherches et à des opinions variées. A la fin de notre article (1) intitulé *l'acétonurie est-elle synonyme de mort du fœtus* ? nous n'avons pas osé résoudre cette question, car il nous semblait impossible d'avoir une opinion ferme en tablant sur un fait isolé ; aujourd'hui, nous arrivons à réunir un certain nombre de preuves qui nous permettent de prendre parti d'un côté ou de l'autre.

Cette question, disons-nous, a fait et fera peut-être encore l'objet de nombreuses discussions. Vicarelli (2) en 1893, Knapp (3) en 1898, et M. Lop (4) semblent très affirmatifs ; le

(1) V. Audibert, *Marseille médical*, 15 octobre 1902.

(2) Vicarelli, *loco citato*.

(3) Knapp, Acéton in Harn Schwangerer und gebærender als Zeichen des intra utérinen Fruchttodtes (*Centralblatt f. Gynécologie*), 24 avril 1897, p. 417.

(4) Lop, De la présence de l'acétone dans les urines (*Gazette des hôpitaux*, 18 mai 1899).

premier apporte un détail de 137 femmes examinées avec constatation d'acétone dans les urines 9 fois seulement, et dans ces 9 cas le fœtus était mort ; le second arrive à des conclusions analogues. Chez 200 femmes, il n'a jamais trouvé d'acétone quand l'enfant était vivant : 10 fois l'enfant était mort et 10 fois les urines étaient acétonuriques. Enfin, M. Lop nous dit que l'acétone n'est apparu qu'au moment où il commençait à avoir des doutes sur la vitalité du fœtus.

Ces résultats seraient tout à fait concluants, et leur éloquence se passerait de commentaires si plusieurs auteurs n'avaient fait des restrictions. Mercier et Menu (1) les premiers écrivent en 1898 : « L'acétonurie ne peut être considérée comme signe certain de la mort du fœtus », puis, vers la même époque, M. Couvelaire, que nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois, pose en seconde conclusion que « la rétention d'un fœtus mort *in utero* ne détermine pas par elle-même d'acétonurie » ; enfin tout dernièrement, M. Stolz (2) fait encore de sérieuses réserves à ce sujet.

Comme on le voit, la question est fortement discutée ; aussi nous sommes-nous appliqués à rechercher l'acétone dans le cas de mort du fœtus et cela de la façon la plus minutieuse.

Les grossesses compliquées de fœtus mort ont été au nombre de 8 dont une gémellaire (aucun des deux enfants n'était en vie). Sur ces 8 cas, nous avons relevé 6 fois l'acétonurie et cela d'une façon indiscutable, ce qui fait un pourcentage de 75 p. 100. Il est à remarquer que le premier cas négatif (obs. VI) se rapporte à une femme dont la grossesse était compliquée d'hémorragies, de pertes blanches vaginales le tout fatiguant beaucoup la malade et l'ayant anémiée ; le second cas (obs. II) a trait à une jeune fille albuminurique qui faillit

(1) Mercier et Menu, *loco citato*.
(2) Stolz, *Arch. f. gynecol.*, LXV, 3, 1902.

succomber à des crises d'éclampsie. Bien que cette observation soit unique, il y a lieu de la signaler, puisque Mercier et Menu prétendent que l'acétonurie présente son maximum de fréquence et d'intensité dans l'éclampsie puerpérale. Cette opinion a donc besoin d'être vérifiée.

Enfin, nous remarquerons que c'est dans ces cas de fœtus mort que nous avons rencontré la plus forte proportion d'acétone, et même dans la grossesse gemellaire qu'il nous a été donné d'examiner, ce corps était en quantité très considérable ; or, dans le cas particulier, il n'y avait pas seulement un, mais deux fœtus morts.

A côté de ces faits positifs, il y a des faits que nous pourrions ranger sous le nom d'épreuve négative et qui ne font en somme que confirmer ce que nous avançons.

Il nous est en effet arrivé plusieurs fois d'avoir des doutes très sérieux sur l'existence du fœtus au cours de la grossesse; les battements ne s'entendaient plus, les sensations données par le palper étaient floues, les femmes ne sentaient plus remuer le produit de la conception.

Cette difficulté de diagnostic s'est présentée dans les observations V, VI, X, XIV, XV; dans ces 5 cas, au moment où l'examen fut pratiqué, il était impossible de dire si l'enfant vivait ou non et dans aucun nous n'avons trouvé trace d'acétone. Or, jamais le fœtus n'était mort, quelquefois les battements sont devenus perceptibles 15 à 20 jours après, et d'autres fois les femmes ont accouché spontanément d'un enfant en pleine santé.

Nous ne voulons pas dire par là que l'acétonurie permet de poser le diagnostic du fœtus mort, mais nous nous croyons autorisés à conclure que la présence d'un fœtus mort détermine fréquemment l'acétonurie, et cette constatation semble bien relever de la cause que nous indiquons, puisque la plus forte quantité d'acétone que nous avons pu trouver provenait d'une urine prise chez une gemellaire pendant la grossesse et non pendant le travail, or les deux fœtus étaient morts.

Un fait sur lequel nous voulons également insister, avant de terminer ce paragraphe, c'est la fréquence de l'indicanurie. Très souvent il nous a été donné de trouver de l'indican (et même de l'urobiline) dans les urines de nos femmes à fœtus non vivant. Cette découverte d'ailleurs a été faite plusieurs fois entre autres, il y a peu de temps, par M. Lop (1), mais c'est là une constatation qui ne mérite guère d'attirer notre attention. Nous avons trouvé de l'indican dans l'urine de beaucoup de femmes à grossesse normale, et même l'un de nous l'a rencontré en proportion considérable dans ses propres urines, au moment où nous opérons ces recherches.

VI. — **Acétonurie et régression des tissus dans l'organisme.** — Enfin, et bien que ce chapitre sorte un peu de notre cadre, nous voulons dire un mot d'une hypothèse originale, hypothèse d'ailleurs basée sur des faits expérimentés.

Bossi (2), au Congrès de Rome de 1894, et 3 ans plus tard aux *Archives d'obstétrique* de Naples rapporte des expériences fort curieuses, qu'il eut l'occasion de faire. Des grenouilles vivantes étaient introduites dans la cavité péritonéale de chiennes dont les urines avaient été préalablement examinées et qui ne renfermaient pas d'acétone ; 12 jours après dans un cas, 5 jours après dans l'autre, l'acétonurie apparut. Il se demanda alors si la régression des tissus dans l'organisme ne produirait pas l'acétonurie, et en effet il aurait constaté celle-ci dans les cas où des débris d'œufs, des débris placentaires, étaient retenus dans la cavité utérine, et aussi dans les cas de fibromyomes en voie de régression, après la castration ou la ligature des cordons vasculaires.

Nous n'avons pas la prétention de réfuter cette opinion ; d'ailleurs nous n'avons jamais poussé nos recherches de ce côté-là, c'est incidement que nous avons fait l'analyse des urines d'une femme chez laquelle on pouvait soupçonner la

(1) Lop. Acétonurie et indicanurie dans le cas de fœtus mort. *Soc. obstétriq.* Paris 1900.

(2) Bossi. *Archivio d'ostetrica gynecologica.* Naples, 1897, t. IV. f. 4.

présence d'un fœtus mort et dont l'utérus ne contenait que de gros débris placentaires enlevés par un curettage ; or ces urines ne contenaient pas la plus petite trace d'acétone.

Hartmann et Frédet (1), du reste, ont repris les expériences de Bossi soit en pathologie, soit sur les animaux, et ils n'ont pas du tout confirmé l'hypothèse de l'auteur italien ; tous leurs faits furent négatifs ; ils concluent du reste en disant que ces recherches ont besoin d'être poursuivies et conduites avec précision.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant d'indiquer ces faits, et, si nous ne pouvons ni contredire ni confirmer les idées de Bossi, il nous est cependant permis d'affirmer, avec Couvelaire, que jamais la régression utérine physiologique qui suit l'accouchement n'amène l'acétonurie, puisque l'acétone disparaît des urines dans les 24 ou 48 heures qui suivent la délivrance.

En résumé, il ressort et résulte de notre travail les conclusions que nous synthétisons dans les formules suivantes :

I. — La grossesse normale ne s'accompagne pas d'acétonurie ; nous sommes sur ce point d'accord avec tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

II. — La grossesse pathologique semble ne pas s'accompagner également d'acétonurie. C'est là, nous l'avons vu, un fait discuté.

III. — Le travail de l'accouchement produit souvent l'acétonurie et celle-ci ne disparaît dans les suites de couches qu'au bout de 24 à 48 heures.

IV. — La rétention d'un fœtus mort *in utero* n'entraîne pas nécessairement et infailliblement l'acétonurie, mais la provoque dans la très grande majorité des cas.

Il semble donc que dans la grossesse la présence de l'acétone relève de causes multiples (travail de l'accouchement, intoxication par un fœtus mort, intoxication éclamptique, pour

(1) HARTMANN et FRÉDET. *Annales de gyn. et d'obst.*, fév. et avril 1898.

Mercier et Menu) ; il en est ainsi d'ailleurs à l'état physiologique et même dans les processus morbides quand se produit l'acétonurie.

Celle-ci du reste n'est-elle pas un phénomène biologique, et comme tel très difficile à interpréter ? La complexité seule des causes qui entrent dans sa genèse nous empêche de saisir le lien qui les réunit toutes pour arriver à l'expression d'un phénomène toujours unique et semblable à lui-même,

---

DEUX CAS DE KYSTE PAROVARIQUE

COEXISTANT AVEC UN KYSTE DE L'OVAIRE ET DONT L'UN CONTENAIT 24 LITRES DE LIQUIDE ALBUMINEUX

par

J. Abadie, chef de clinique chirurgicale,
J. Moitessier, chef du laboratoire des cliniques,
à l'Université de Montpellier.

Le faible volume et la composition chimique du liquide dépourvu de paralbumine et d'albumine sont deux caractères essentiels des kystes parovariques. En outre, il est rare de constater la coexistence d'un kyste de l'ovaire du même côté.

A ces trois points de vue les observations suivantes constituent deux remarquables exceptions qu'il nous a paru intéressant de faire connaître. Nous les rapprochons d'un cas précédemment publié par l'un de nous avec le docteur Jeanbrau (1) ; il s'agissait alors d'un kyste parovarique contenant 23 litres de liquide albumineux.

OBSERVATION I. — Mme M. C..., ménagère, 73 ans, entre le 18 mars 1902 dans le service de M. le professeur Forgue pour une tumeur de l'abdomen.

Cette malade, qui jusqu'au début de l'affection actuelle a joui d'une santé parfaite, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien qui mérite d'être noté.

Maladie actuelle. — Depuis 7 ans, cette dame s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et cela sans cause apparente. Ce développement anormal, progressif, mais très lent ne s'est accompagné d'aucune douleur.

En septembre 1901, à la suite d'une vive émotion, prétend la

---

(1) JEANBRAU et MOITESSIER, Kyste parovarique contenant 23 litres de liquide albumineux. *Ann. de gynécologie et d'obstétrique,* février 1900.

malade, le volume du ventre augmente plus rapidement et correspond à un surpoids de 7 kilogrammes en 2 mois environ.

A aucune époque, il n'y a eu de troubles fonctionnels : pas la moindre douleur, pas de difficultés de la miction ou de la défécation. Seuls, le volume et le poids de la tumeur sont, pour la malade, une cause de gêne assez grande ; elle marche cependant et vaque à ses occupations journalières.

Examen à l'entrée. Agée, mais bien conservée, la malade est en bon état général quoique très maigre et sèche.

Un phénomène domine tout le tableau clinique : l'énorme développement du ventre. Dans le décubitus dorsal, soulevant les dernières côtes et élargissant le thorax, débordant les fausses côtes et s'étalant dans les flancs, l'abdomen amplifié recouvre en bas toute la symphyse pubienne et descend par-dessus elle jusqu'à 20 centimètres environ au-devant des cuisses. Malgré son volume, l'abdomen n'est point plat ; ce n'est point le « ventre de batracien », mais l'aspect général est celui d'un dôme au sommet duquel l'ombilic est entièrement aplati, et qui présente quelques dilatations veineuses serpentines.

A la palpation, on sent une vaste tumeur liquide, où la fluctuation est très nette, et qui donne également cette sensation spéciale appelée par convention « frémissement hydatique » et qui est donnée en réalité par toute poche mince contenant sous faible tension un liquide très fluide.

La matité existe sur toute la convexité du dôme et dans le flanc droit en entier ; seule est sonore une zone très restreinte du flanc gauche tangente à la colonne vertébrale .

Le toucher vaginal, l'examen du thorax, l'analyse des urines ne révèlent rien d'anormal.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 22 mars 1902 par M. le professeur Forgue, assisté de MM. Abadie et Blanchard. L'âge de la malade, l'état de sa circulation qui présente de nombreuses intermittences, bien que sans lésion orificielle du cœur, font redouter l'anesthésie générale et l'on pratique une injection de spartéine.

Dans un premier temps, ponction du kyste sur la ligne médiane ; le liquide fluide incolore et transparent s'écoule avec une lenteur voulue, pour éviter toute rupture de compensation cardiaque.

On pratique alors, après analgésie cocaïnique, une incision lon-

gitudinale médiane ; de nombreuses adhérences résistantes rattachent la paroi kystique au péritoine pariétal ; les manœuvres de libération, très douloureuses, obligent à faire prendre quelques inhalations d'éther à la malade.

Les adhérences rompues, le grand kyste vidé, auquel reste appendue une seconde poche encore pleine, est attiré au dehors. Il est très nettement pédiculé et appartient aux annexes gauches. Ligature et section du pédicule dont la péritonisation est vite obtenue par deux points de catgut.

Suture de la paroi abdominale en un seul plan, au crin de Florence.

Suites opératoires. — Des injections de sérum et de spartéine sont nécessitées par l'état assez précaire de la circulation. Dans les jours suivants, la température oscille entre 36°,8 et 37°,5 ; deux fois, une légère élévation, atteignant 38° et 38°,2 cède à un lavement purgatif.

La malade sort guérie le 15 avril 1902.

Examen de la pièce. — La pièce comprend 2 parties : *a*) un kyste parovarique ; *b*) un kyste de l'ovaire.

a) Kyste parovarique. — Ce kyste, uniloculaire, à parois externe et interne lisses, présente à l'extérieur, plaquée, étirée contre lui, le ceinturant en partie, la trompe de Fallope au pavillon étalé ; au point de section de la trompe aboutit la section des deux feuillets du ligament large pédiculisé. La *contenance de ce kyste est de 24 litres.* Ce chiffre est obtenu, et par la mesure du liquide évacué, qui fut soigneusement conservé, et par l'épreuve du remplissage avec de l'eau sous moyenne tension.

b) Kyste de l'ovaire. — Au pôle inférieur de la poche précédente est appendue une seconde poche sessile, de paroi plus épaisse, nacrée ; sa cavité à paroi également lisse contient un liquide jaunâtre et ne communique en aucun point avec la poche précédemment étudiée. Le volume de ce kyste est de 1 l. 650.

En somme, l'ensemble de ces deux kystes constituait une tumeur liquide de 25 l. 650.

Examen chimique comparé des deux liquides. — Les deux liquides sont alcalins et non filants.

Le liquide du *kyste parovarique* est jaune pâle, limpide, de densité 1,0116. Par la chaleur, il ne donne pas de coagulum, même à la température de l'ébullition ; après légère acidification par l'acide

acétique, il donne un fort trouble dès 50° et un coagulum à une température plus élevée.

Le liquide du *kyste ovarique* a une densité de 1,0211 et contient en suspension des cristaux de cholestérine (0 gr. 78 par litre), des leucocytes, des hématies et des corpuscules arrondis, jaunâtres, granuleux de 20 à 40 μ de diamètre.

La composition des deux liquides, rapportée au litre, est la suivante :

	Kyste ovarique	Kyste parovarique
Eau	958,5	987, 3
Matières albuminoïdes.	44,5	7,88
Autres matières organiques. . .	11,3	7,57
Chlorures minéraux (en NaCl). .	5,6	7 »
Autres sels minéraux.	1,2	1,85

Les deux liquides contiennent une albumine et une globuline.

Les particularités suivantes donnent de l'intérêt à ce cas :

1° L'énorme volume du kyste parovarique (24 litres) est très remarquable. « Les plus gros, dit Legueu, contiennent 7 à 9 litres de liquide ; ils sont exceptionnels. » Trois cas ont déjà été cités, qui atteignaient cependant 20 litres : ce sont ceux de Bertrand (20 litres), Bleckwen (25 litres), rapportés par Duplay, et celui de Jeanbrau et Moitessier (23 litres). Après le cas de Bleckwen, celui que nous venons d'observer et celui que l'un de nous a déjà rapporté sont donc parmi les plus volumineux qui aient été signalés ;

2° La coexistence d'un kyste de l'ovaire du même côté est assez rare. L'ovaire est ordinairement indemne, et nous avons parcouru plusieurs observations dans différents travaux sur les kystes parovariens sans y trouver mention de kyste ovarique simultané ;

3° La présence, dans le contenu de la poche parovarique, d'une quantité notable de matières albuminoïdes est une particularité très digne de remarque. L'absence d'albumine était en effet considérée par les classiques comme un signe patho-

	Kyste ovarique	Kyste parovarique
Eau	955,40	997,54
Matières albuminoïdes	53,30	Traces
Autres matières organiques . .	5,30	1,58
Chlorures minéraux (en NaCl). .	5,50	7,64
Autres sels minéraux.	3,30	1,14

Comme matières albuminoïdes, on a pu caractériser dans le liquide du kyste ovarique de la sérum-albumine, de la sérum-globuline, et du fibrinogène en très petite quantité, mais pas de métalbumine.

L'intérêt de l'observation réside dans la coexistence d'un kyste de l'ovaire du même côté, et dans l'absence de métalbumine dans le liquide de ce kyste ovarique.

REVUE ANALYTIQUE

Hématurie de la grossesse et de la lactation (Schwangerschafts- und Laktationshamäturie). K. Pel, *Deutsche med. Zeitung*, juillet 1902, p. 709. — Il y a 3 à 4 ans, E. Guyon a attiré l'attention sur une variété d'hématurie de la grossesse et plus rarement de la lactation. Bouman, dans sa thèse, put collecter 17 cas d'hématurie gravidique. Par contre, jusqu'à présent, l'hématurie de la lactation restait exceptionnelle, un seul fait cité par Guyon. Dans ce cas, la cessation de l'hématurie, coïncidant avec la fin de la lactation, militait au moins en faveur d'une relation de causalité entre les deux phénomènes, réserves faites d'une coïncidence. Pel communique l'observation suivante :

Femme âgée de 34 ans, accuse des douleurs lombaires, de la névralgie occipitale et de l'hématurie (3me attaque). Première crise d'hématurie 2 années auparavant, probablement à la suite d'un refroidissement subi à 7 mois de grossesse. L'hématurie se prolongea environ 6 semaines et cessa spontanément avant l'accouchement, 2me crise au cours de la seconde grossesse à 7 mois aussi et probablement encore par refroidissement. Durée 6 semaines, cessation spontanée avant l'accouchement. 3me crise. Elle dure depuis déjà 8 semaines, est survenue au 8me mois de l'allaitement et a été causée encore par le froid (lassitude, céphalée occipitale, douleurs au niveau de la région rénale gauche). *Examen* : 1° exagération de la tension vasculaire, sclérose aortique et légère hypertrophie du cœur; 2° rein droit mobile, non augmenté de volume; 3° palper de la région rénale gauche douloureux; 4° diurèse abondante (2.500 à 3.000 cent. cub.) densité urinaire 1.008 à 1.012. Urines foncées, contenant de nombreuses hématies, pas de cylindres. La cystoscopie montre que le sang vient de l'uretère gauche. L'hématurie résista à tous les moyens et persistait alors que la femme avait depuis longtemps cessé d'allaiter.

De la lecture de l'observation, il semble difficile d'admettre sans grandes réserves qu'il s'agit, au sens absolu du mot, d'une hématurie de la lactation. En effet, les symptômes notés (lassitude, céphalée, polyurie, faible densité de l'urine) plaident en faveur d'une vraie lésion rénale; d'autre part, le fait de la persistance de l'hematurie longtemps après la cessation de l'allaitement supprime l'argument essentiel d'une relation étiologique primitive entre la lactation et l'hématurie.

R. L.

Cystocèle crurale extrapéritonéale. S. MERCADÉ, *Gaz. des hôpitaux*. juillet 1902, p. 741. — Observation d'espèce rare. Presque toujours elle donne lieu à une erreur de diagnostic. La vessie est prise pour un sac herniaire et incisée. Ce n'est qu'après qu'on corrige le diagnostic. Il en fut ainsi dans le cas actuel. Il concerne une femme de 53 ans, qui avait eu 3 accouchements, normaux il est vrai, mais qui, depuis le dernier, avait ressenti dans l'aine droite des élancements revenant par périodes. Pendant longtemps, des années, il n'y eut pas apparence de tumeur. Puis, ayant été forcée de se livrer à des travaux plus pénibles, les douleurs augmentèrent et, de temps à autre, survinrent des crises : violentes douleurs dans l'aine droite, vomissements, envies fréquentes d'uriner, mais émission très minime d'urine. Enfin, dans la région crurale, apparut une petite tumeur dure qui fut diagnostiquée hernie épiploïque. L'*opération* ayant été faite, on crut avoir isolé un sac herniaire qu'on incisa, ce qui donna lieu à l'écoulement d'une petite quantité de liquide jaune citrin. L'erreur de diagnostic fut aussitôt redressée, et la plaie vésicale suturée. On ferma l'anneau crural en suturant l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope.

Suites opératoires bonnes, sauf un point de suppuration tardive dans l'angle inférieur de la plaie.

R. L.

De l'extirpation abdominale de l'utérus cancéreux, d'après Wertheim (Ueber abdominalle Exstirpation des karzinomatösen Uterus, nach Wertheim). A. DÖDERLEIN, *Deutsche med. Zeitung*, 1902, n° 67, p. 797. — En un an, l'auteur a traité par la méthode de Wertheim 26 cas de cancer de l'utérus; il y a eu 6 décès. A l'actif du procédé, Döderlein note la bien mise en évidence par l'utilisation de la position élevée du siège, du champ opératoire, qui permet d'atteindre les tissus dégénérés et, de ce fait, la plus grande garantie contre les récidives.

Sur la malignité des myomes de l'utérus, par Mme ONLESKO-STROGANOV. (*Société obstétricale et gynécologique de Saint-Pétersbourg* et *Journal d'obstétrique et de gynécologie*, mai 1901). — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

(1) V. *Annales de gyn. et d'obst.*. le travail de CHIAVENTONE, septembre 1901, p. 196.

1° Il faut mettre à part les formes de dégénérescence maligne des myomes et fibro-myomes, qui ont pour origine le tissu musculaire ;

2° Les myomes malins sont plus fréquents que l'on ne croyait jusqu'à présent ;

3° La vraie dégénérescence sarcomateuse, d'après l'auteur, est très rare ;

4° Le tableau microscopique des myomes malins, dans des périodes avancées, rappelle le sarcome (polymorphe), mais dans chaque cas on peut trouver les formes de transition du tissu musculaire typique ;

5° Comme particularité des myomes malins, l'auteur signale les modifications assez fréquentes que subissent les parois musculaires des vaisseaux. Ces cellules musculaires dégénèrent ici, comme dans tout le territoire affecté.

Contribution à l'étude des modifications des ovaires dans les maladies infectieuses aiguës, par M. Skrobansky (*Journal d'obstétrique et de gynécologie*, octobre 1901). — Pour ses expériences, l'auteur s'est servi de 25 ovaires de femmes et enfants de 1 à 27 ans. La grande majorité de ces ovaires provenait des femmes et enfants mortes de diphtérie et scarlatine, les autres soit de fièvre typhoïde, soit de variole, tuberculose miliaire, et un ovaire provenait d'une femme morte en couches d'éclampsie.

Méthode d'examen habituel : durcissement et enveloppement dans la paraffine et ensuite coloration par hématoxiline avec éosine, safranine, etc.

Les maladies infectieuses agissant sur les différentes formes de follicules des ovaires d'une façon inégale, l'auteur décrit les modifications survenues sous l'influence de ces maladies dans les follicules primordiaux, dont les cellules granuleuses ont encore une forme plate, follicules mûrissant dont les cellules ne forment pas encore le disque proligère (proliférant), ne contiennent pas de liquide (*liquor folliculi*) et l'œuf est encore dépourvu de la zone pellucide (*zona pellucida*) et enfin les follicules mûrs.

Ces trois sortes de follicules périssent dans les maladies infectieuses.

La mort commence par l'œuf, soit par la désagrégation de son protoplasma et par la chromatolyse de son noyau (vésicule embryon-

naire), soit qu'il subisse un épaississement avec formation ultérieure de vacuoles, la cavité du follicule devenant de plus en plus petite.

Les granulations de jeunes follicules à l'encontre de l'œuf, résistent pendant longtemps et quelquefois même continuent à se développer en se multipliant et en passant dans les follicules primordiaux de cellules plates en cellules cubiques et cylindriques.

Dans les follicules, dont l'œuf a péri par la désagrégation granuleuse de son protoplasma et par la chromatolyse de son noyau, les cellules peuvent manifester même des propriétés phagocytaires : elles pénètrent dans l'intérieur de l'œuf mort, et grossissent à ses dépens.

Mais plus tard elles périssent aussi ou, ce qui est douteux, elles se transforment en tissu conjonctif comblant la cavité du follicule détruit.

La mort des follicules mûrs rappelle la mort des mêmes follicules dans leur atrophie physiologique.

Les modifications histologiques dans l'ovaire sont les mêmes quelle que soit la nature de l'infection. Ni la virulence de l'infection, ni la durée de la maladie n'ont aucun rapport avec le degré de l'atteinte de l'ovaire.

Il était quelquefois à peine atteint après une maladie infectieuse foudroyante et d'autres fois, après une fièvre typhoïde ou diphtérie par exemple, sans aucune complication, l'appareil folliculaire de l'ovaire présentait des modifications considérables.

D'après ce qui précède, on peut conclure que les maladies infectieuses ont une action inconstante sur les ovaires, comme sur les autres organes parenchymateux, en général.

Un cas d'existence simultanée de grossesse extra et intra-utérine, par le docteur Kokhanov (*Journal d'obstétrique et de gynécologie*, mai 1901). — L'auteur rapporte l'observation d'une malade, présentant simultanément une grossesse extra et intra-utérine. Il n'y a que la grossesse extra-utérine qui a été diagnostiquée avant l'opération et c'est l'utérus gravide qui a été pris pour la poche fœtale :

La malade est entrée à l'hôpital d'Astrakhan le 16 janvier 1901, se plaignant de fortes douleurs dans le ventre, surtout à droite, et de pertes rouges, peu abondantes, mais durant depuis 6 semaines.

C'est depuis cette époque qu'elle se considère aussi malade. Après un retard de 2 mois, elle a été prise subitement d'une syncope avec perte complète de connaissance et d'un écoulement sanguin qui n'a pas cessé depuis.

Elle est âgée de 31 ans, a eu 4 accouchements à terme, le dernier il y a 4 ans, les suites de couches normales.

Depuis 2 ans se plaint de légères douleurs dans le bas-ventre, dans les reins et de pertes blanches. Réglée régulièrement toutes les 4 semaines, pendant 4-5 jours.

Les dernières règles au commencement du mois d'octobre 1900 ; 2 mois après, syncope, métrorrhagie, qui dure encore, les douleurs dans le côte gauche ont augmenté. Il y a 3-4 semaines, la malade s'est aperçue d'une tumeur au-dessus de la symphyse.

Cette tumeur a une grosseur de deux poings d'homme, indolore, forme allongée et aplatie, le col est à droite, augmenté de volume, mou, l'orifice fermé, le corps utérin à droite. En soulevant la tumeur, on imprime quelques mouvements au col, mais très peu prononcés, impossible de trouver la connexion entre le col et la tumeur. Le cul de-sac droit très douloureux au palper.

L'écoulement vaginal, par sa consistance et sa couleur, rappelle un peu le goudron, mais sans odeur.

Le 21 janvier, la laparotomie. Dans la partie supérieure de l'incision (de l'ombilic à la symphyse) se montre une tumeur d'une grosseur d'un poing noire, enveloppée et adhérente à l'épiploon ainsi qu'aux intestins. C'était la trompe droite remplie de caillots à parois épaissies, excepté une partie très amincie et présentant une fissure. Son extrémité externe se dirigeait à gauche derrière la tumeur, qui n'était qu'un utérus gravide de 4 mois et se réunissait à la trompe gauche, inclinée à droite et en arrière. Les trompes enlevées, ainsi que l'ovaire droit, l'ovaire gauche laissé.

Le 23e jour après l'opération, la malade a fait une fausse couche de 4 mois.

Le 2 avril, la malade a quitté l'hôpital guérie.

D'après l'auteur, il est probable que la conception a eu lieu en même temps dans la trompe et dans l'utérus, la grossesse tubaire s'est rompue dans la 7e semaine, et la grossesse utérine a continué à se développer, et au moment de l'opération, elle était de 16 semaines.

L'auteur croit que par suite du ramollissement considérable des tissus au niveau de l'orifice interne (signe de grossesse d'Hegar), la continuité du col et du corps a été difficile à déterminer, ce qui a fait l'erreur du diagnostic.

De la perméabilité du placenta aux microorganismes et de sa faculté phagocyique (Zur Frage der Durchgängigkeit der Placenta für Mikroorganismen und ihrer phagocytären Fähigheit). NEELOW, *Wiener med. Presse*, 1902, n° 41, p. 1995. — Les recherches furent faites sur des lapines gravides, auxquelles on injecta, par voie

intraveineuse, des spores du bacille des foins. La conclusion tirée des résultats de ces recherches fut que le placenta sert exclusivement à la nutrition du fœtus et qu'il ne peut et ne doit jouer aucun autre rôle.

R. L.

De la syphilis chez la femme (La sifiilda donna). E. Bosellini. *Lucina*, 1902, n° 11, p. 158. — De cette étude générale et intéressante de la syphilis chez la femme, nous nous bornons à résumer ce que l'auteur dit de *l'influence de la maladie syphilitique sur la fonction de reproduction* : « La syphilis, *surtout pendant la période secondaire*, peut déterminer la *stérilité*. Toutefois, le fait n'est pas relativement trop fréquent, puisque ces petits êtres disgraciés, issus de mères syphilitiques, sont encore nombreux.

Mais la syphilis exerce une action malfaisante sur la grossesse de diverses façons. Influence surtout locale pendant la grossesse : la région génitale devient plus facilement le siège de papules, papules qui ne sont pas comme chez la femme non gravide, petites et faciles à guérir. Mais elles se développent avec une certaine exubérance, formant ainsi des tumeurs qui déforment la vulve. D'autre part, elles s'ulcèrent facilement et créent, de ce fait, des conditions défavorables à une antisepsie, à une désinfection rigoureuse.

La syphilis exagère encore l'anémie et la débilitation que la grossesse, elle-même, entraîne (anorexie, vomissements, palpitations, céphalée, insomnie, etc.).

Enfin, la syphilis provoque l'avortement ou l'accouchement prématuré. Aussi, l'avortement doit-il éveiller le soupçon de l'infection syphilitique, surtout quand il se produit plusieurs fois en l'absence de causes manifestes. Encore, ici, c'est à sa période secondaire, que la syphilis marque le plus son action.

L'avortement a lieu : 1° par suite de lésions placentaires ; 2° par suite de maladies du fœtus, lequel meurt. Des caractères spéciaux permettent souvent de rapporter à sa véritable cause l'avortement : *a*) fœtus mort et macéré, tandis que, dans l'avortement subordonné à une autre cause, le fœtus est expulsé bien conservé ; *b*) les hémorragies préabortives sont rares ou font défaut, tandis qu'elles sont communes, fréquentes, dans les avortements indépendants de la syphilis ; *c*) l'expulsion est facile, on peut dire que l'avortement syphilitique est heureux, sans suites fâcheuses.

En terminant, l'auteur souligne la *nécessité qu'il y a de traiter les femmes enceintes syphilitiques.*

Au sujet de ce *traitement*, nous rappelerons celui que, dans une communication à la *Soc. méd. des hôpitaux*, ont préconisé Gaucher et Bernard : à leur avis, il faut employer, exclusivement, les sels mercuriels solubles : *a*) le sublimé, pour l'usage interne ; *b*) le benzoate de mercure, pour la voie sous-cutanée. Le *sublimé* est mélangé à partie égale d'extrait thébaïque, et est administré sous forme pilulaire, 2 pilules de 1 centigramme par jour. Le benzoate de mercure, dont la solubilisation est assurée par le benzoate d'ammoniaque, est employé en injections profondes. Le traitement doit être institué *dès le début de la grossesse*, au cas de syphilis antérieure ; *dès le début de la syphilis* au cas de contamination postérieure au début de la gestation. Il doit être continué *pendant toute la durée de la grossesse.* Il y a avantage à alterner les deux voies de traitement : 1 mois d'injection, 20 jours de pilules, 10 jours de repos. Au cas d'albuminurie, régime lacté et cure antisyphilitique plus ou moins intense en la réglant sur le degré de perméabilité du rein.

R. L.

De l'emphysème cutané après la laparotomie (Das Hautemphysem nach Laparatomien). MADLENER. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* et *Centr. f. die Grenzgel. der. Med. u. Chirurg.* 1902, n° 21, p. 861. — Consécutivement à une laparotomie, faite en position élevée du siège, pour une grossesse extra-utérine, se développa un emphysème cutané, qui ne troubla pas la guérison de la plaie.

Jusqu'à l'heure actuelle, on a publié 25 cas de ce genre, tous d'origine traumatique. Jamais l'emphysème ne fut l'effet de l'action de microorganisme, aérogènes. L'air chassé du ventre à travers la plaie abdomidale s'infiltre, diffuse sous la peau. La position élevée du siège est favorable à la production de cet emphysème ; depuis qu'on y a recours, les faits se sont multipliés. De même, les vomissements la favorisent. Les douleurs sont faibles. Une seule fois on nota des accidents au niveau de la plaie. La plupart du temps, il n'est besoin d'aucun traitement.

R. L.

Prurit chez une ovariotomisée. BROCQ. *Journ de méd. et de chir. pratiques*, novembre 1902, p. 816. — On sait que la ménopause

artificielle (ovariotomie double, castration utéro-ovarique), s'accompagne d'accidents encore plus graves que la ménopause naturelle (rougeurs, sueurs irrégulières, névralgies, troubles vaso-moteurs et nerveux variés, accidents psychiques, etc.). On sait aussi que des déterminations cutanées ont été notées (acné, urticaire, érythème, etc.). C'est un fait de ce dernier genre dont, dans une de ses dernières conférences, Brocq a montré un exemple : prurit grave, ayant résisté à tous les traitements ordinaires, observé chez une femme ayant subi, environ dix années auparavant, la *castration utéro-ovarique*. Se basant sur cette dernière donnée, B... s'est proposé d'utiliser, coucurremment à l'électrothérapie et aux douches chaudes, la médication ovarique. Tentative encouragée, du reste, par la notion d'un fait antérieur de Sottas, dans lequel ce dernier traitement avait donné un succès rapide et complet : Femme de 55 ans à laquelle on fit l'ablation des deux ovaires et qui, un an environ après, commença à présenter sur le haut du tronc et sur les bras un prurit très intense, bientôt suivi d'une éruption papuleuse qui s'étendit progressivement à une grande partie de la poitrine. Cette éruption était le siège de démangeaisons atroces se montrant sous forme de crises, surtout la nuit. Tous les moyens avaient été employés sans succès, et M. Sottas, se demandant si l'ovariotomie antérieure ne devait pas être prise en considération comme facteur étiologique, pensa à prescrire l'ovigénine, à dose correspondant à 1 gr. 50 d'ovaire frais de génisse; or, deux jours après, les démangeaisons avaient cessé, et l'éruption s'était considérablement atténuée pour disparaître complètement au bout de quelques jours.

R. L.

De la direction de l'accouchement dans les bassins rétrécis. (*Geburtsleitung bei engen Becken*). Krönig, *Deutsch med. Zeitung*, 1902, n° 9, p. 978. — De son expérience personnelle, l'auteur est arrivé à cette opinion que les opérations considérées comme étant de nature, dans les cas de sténoses pelviennes, à améliorer le pronostic relativement aux mères et aux enfants (accouchement prématuré, version prophylactique et haut forceps) n'ont pas tenu leurs promesses. Mais, quand on ne veut ni se borner à faire de l'expectation ni se résoudre à craniotomiser le fœtus vivant, on peut encore opter entre 2 opérations : *a*) symphyséotomie; *b*) césarienne. La

symphyséotomie a sur les autres l'avantage de permettre d'obéir à l'indication la plus précise. On peut, avec elle, observer *au maximum* la marche de l'accouchement, attendre la dilatation complète, attendre, longtemps encore après la rupture de la poche des eaux, quand il s'agit d'une présentation du sommet, et voir si les forces naturelles ne réussissent pas seules, à engager la force fœtale. Alors seulement, quand on a acquis la certitude que l'accouchement ne pourra se faire naturellement, on procède à la symphyséotomie.

Césarienne et symphyséotomie sont des opérations concurrentes dans certaines sténoses pelviennes : par exemple, quand il s'agit de rétrécissements pelviens dont le conjugué vrai mesure plus de 6 cm. 5. Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de décider laquelle vaut le mieux de ces deux opérations. Au-dessous de 6 cm. 5, la symphyséotomie ne donne plus de succès. La symphyséotomie est une opération difficile, elle exige un bon chirurgien, avant tout un bon accoucheur. L'opération césarienne est de beaucoup la plus facile. La symphyséotomie présente cet inconvénient qu'elle ne donne pas, à coup sûr, un enfant vivant, parce quelle doit être considérée, suivant la manière de penser de Morisani et de Zweifel, comme étant seulement une opération préparatoire : l'extraction consécutive de l'enfant, en quelques minutes, n'est pas toujours réalisable. La césarienne, au contraire, permet cette extraction rapide. Par contre, la symphyséotomie a cet avantage, reconnu par les accoucheurs, que la cicatrice qu'elle laisse est extensible et que, par suite, dans les accouchements ultérieurs, l'expulsion de l'enfant a beaucoup de chances d'être naturelle. La mortalité de la symphyséotomie et de la césarienne se maintenant, malgré tout, autour de 2 p. 100, quelle doit être, le cas échant, la conduite de l'accoucheur? Doit-il sacrifier l'enfant à la mère, ou bien doit-il faire courir un certain risque à la mère pour le salut de l'enfant? Réponse difficile, au sujet de laquelle l'accord est loin d'être fait; toutefois, l'auteur estime qu'il convient de reconnaître, plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, les droits de l'enfant à l'existence.

R. L.

Un cas de kraurosis vulvaire (*A Case of kraurosis vulvæ*), A. Donald. *Trans. of the North England obst. a. gyn. Soc.*, octobre 1902, p. 670. — A été observé sur une femme de 62 ans,

qui présentait en outre une malformation des organes génitaux (utérus et vagin doubles, la cloison médiane s'étendant jusqu'à l'hymen). Ménopause établie depuis 17 ans. La femme accusait des douleurs à l'entrée du vagin, douleurs qui dataient d'environ 2 ans. A l'*examen*, tuméfaction aplatie, dure, légèrement ulcérée à la surface, à la face interne de la grande lèvre droite, et s'étendant un peu vers le vagin. Atrophie extrême de la peau et des muqueuses péri-vulvaires. Les organes génitaux externes sont si rétractés, que l'orifice vaginal n'admet pas le petit doigt. La peau blanche, perlée, se déchire facilement dès qu'on essaye de séparer les parties. Hymen intact. *Opération :* extirpation totale des grandes lèvres et des nodules pathologiques. Le *seul traitement* consiste dans l'exérèse totale des tissus dégénérés.

R. L.

Durcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés (Die Zellgewebesverhärtungen der Neugeborenen), F. Luithen. *Deutsche med. Zeitung*, 1902, n° 97, p. 1144. — Le terme *sclérème des nouveau-nés* a un sens collectif, car il désigne trois processus différents : *a*) sclérème œdémateux ; *b*) scl. adipeux ; *c*) sclérodermie des nouveau-nés.

La *sclérodermie* ou durcissement de la peau par hypertrophie réelle et sclérose du tissu conjonctif s'observe chez les nouveau-nés comme chez les adultes. Il est remarquable que ce processus guérit sans traitement.

Le *sclérème-œdème* apparaît durant les premiers jours de la vie, soit isolément, soit associé à une autre affection (pneumonie, catarrhe intestinal, septicémie du cordon, etc.). La peau est gonflée par le fait d'une infiltration séreuse, et, quand le gonflement est au maximum, elle ne conserve pas l'empreinte digitale. L'*examen microscopique* ne révèle que les seuls signes de l'œdème. Il s'agit constamment de prématurés, débiles, chez lesquels le froid agit par des troubles de la respiration ou de la circulation. L'essentiel, en pratique, c'est de mettre ces enfants prématurés ou débiles à l'abri du froid (couveuses).

Dans le *sclérème adipeux*, la peau est comme marbrée, remarquablement lisse, brillante, très tendue. Elle est fixe, non dépressible, comme soudée aux organes, aux os sous-jacents. Les régions atteintes paraissent moins volumineuses. Quand tout le

corps est pris, l'enfant est comme figé, rigide ; on dirait un cadavre congelé, *un morceau de glace*, etc. En comparaison du sel œdémateux, celui-ci est rare. L'examen histologique ne révèle rien de caractéristique. La condensation des faisceaux connectifs s'explique par la perte d'eau, la diminution de la graisse par la cachexie générale de l'enfant. A la section, à la pression même, il ne s'écoule que très peu de sérosité. Les facteurs pathogéniques seraient : 1° les pertes en eau ; 2° les abaissements de température ; 3° une disposition particulière de la graisse fœtale à se solidifier par suite d'un défaut de proportion de l'acide oléique. L'auteur aurait retiré de bons résultats des injections de sérum.

R. L.

De la gonorrhée dans les suites de couches (Gonorrhoe in Wochenbett). O. Feis. *Deutsch med. Zeitung*, décembre 1902, p. 1192. — Chez une IIpare, qui, à la suite d'accouchement avant terme, 7 mois environ, présenta, à partir du troisième jour, des élévations thermiques (38°,3 à 39°), l'auteur constata dans la secrétion vaginale, recueillie au dixième jour, des gonocoques nombreux. Les phénomènes fébriles durèrent encore 3 semaines. 14 jours après, l'utérus était encore volumineux, mal involué. Dans la secrétion alors rare, il y avait toujours des gonocoques. La première enfant, âgée de 2 ans, une petite fille, fut contaminée et atteinte de vulvo-vaginite.

Les premiers, Noeggerath et Kaltenbach, ont attiré l'attention sur les accidents fébriles auxquels sont sujettes ces femmes atteintes de gonorrhée. Suivant Ahlfeld, de 17 de ces malades, 3 seulement eurent des suites de couches apyrétiques, 12 fois la présence des gonocques fut démontrée. Sänger a montré que, sur 230 cas d'infection gonorrhéique, 35 cas (15 p. 100) d'affection des annexes et du péritoine durent être rapportés à des suites de couches pour la plupart uniques. D'après Steinbüchel, de 68 femmes enceintes gonorrhéiques, 11 (16,17 p. 100) devinrent malades dans les 7 premiers jours des suites de couches.

La gonorrhée peut évoluer, insoupçonnée tout à fait, jusqu'à la période des suites de couches. Suivant Fritsch, on en fera le diagnostic à cette période : quand, en l'absence de toute autre circonstance extérieure, une maladie survient tardivement durant les suites de couches, et s'accompagne d'une fièvre modérée, etc. Une vive sensibilité périmétritique, en l'absence d'exudats notables, est une

forte présomption en faveur d'une gonorrhe. D'ailleurs l'examen du mucus ou du pus venant du col peut être concluant. En beaucoup de cas, l'anamnèse est très importante (ophtalmie gonococcique du nouveau-né, par exemple). Dans d'autres, malgré la certitude de la gonorrhée (contamination des yeux du nouveau-né), l'examen des secrétions génitales restera négatif. Le plus souvent, les accidents tubaires ou péri-tubaires surviennent du 3e ou 10e jour, en général, à la fin de la 1re semaine. Le péritoine peut s'enflammer, mais les péritonites restent localisées, il ne survient jamais de péritonites généralisées. On a signalé aussi des processus de thrombose, des embolies, enfin des métastases (endocardites, arthrites, etc.).

Traitement. Il doit être d'abord *prophylactique.* Car, grâce aux moyens prophylactiques mis en œuvre *pendant la grossesse*, on peut atténuer la gravité du pronostic pour la mère comme pour l'enfant (lavages au chlorure de zinc, au lysol, etc.). Sänger conseille une méthode plus active (raclage, nettoyage à fond du vagin et du col). Menge et Fehling estiment qu'il est impossible de réaliser une désinfection complète du canal du col infecté de gonorrhée. Quand, du fait d'une endométrite gonorrhéique, il y a eu avortement, éviter, si possible, le curetage. Chez une *parturiente* gonorrhéïque, ne pratiquer que très rarement le toucher. Pendant les *suites de couches*, ordonner plusieurs injections vaginales par jour. Le mucus, les secrétions sont entraînées par les lavages à l'eau, les injections avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 2000.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires à l'usage des sages-femmes, par le docteur J. Gourdet. Paris, 1903, O. Doin, éditeur.

Les éléments fondamentaux de ce livre ont été une série de conférences faites, en 1894, par le docteur Gourdet, à la Maternité de Nantes, dans le but de donner aux élèves-sages-femmes

les notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires qu'exigeaient d'elles de nouveaux décrets. Il ne nous paraît ni possible, ni utile, de tenter une analyse détaillée de cet ouvrage, dont la seule inspection accuse un travail considérable. Il nous suffira de dire qu'il nous semble difficile d'avoir pu réaliser plus entièrement le but visé, c'est-à-dire rassembler en deux sections principales : *a*) *livre premier* : *Anatomie et physiologie; b*) *livre II : Pathologie*, ces notions exigées aujourd'hui des élèves sage-femmes et d'avoir mis plus de soin à en rendre l'étude facile grâce à la quantité de figures, qui accompagnent le texte en l'éclairant. R. L.

Électricité médicale. La sublime erreur de Duchenne. Ch. Chardin, Paris, 1903.

Commentant l'œuvre considérable de Duchenne, dont il tient à reconnaître la haute valeur, l'auteur signale néanmoins ce qu'il appelle la *Sublime erreur* du grand médecin, sa prétention à la *localisation du* courant électrique. Quant à lui, il croit être en possession d'une théorie parfaite, s'adaptant à tous les cas connus. Il veut « convaincre ses contemporains par des faits, de la simplicité merveilleuse des théories électriques et de la supériorité incomparable des traitements par l'électricité sur tous les autres ! » L'œuvre est évidemment très personnelle, et contient nombre de notions intéressantes pour tous ceux qui peuvent avoir à s'occuper d'électrothérapie.

R. L.

Examen abdominal et manœuvres pendant la grossesse (abdominal examination and manipulation in pregnaney), A. Maclennan, Londres, 1902, Rebman, éditeur.

Le but de ce petit livre, écrit l'auteur, a été de présenter aux praticiens et aux étudiants un sujet auquel, en général, on n'accorde qu'une attention passagère. De fait, il s'est surtout appliqué à bien étudier la valeur de la palpation exploratrice durant la grossesse simple ou multiple, dans le diagnostic de la présentation et des positions du fœtus, dans l'estimation de son développement et dans la découverte des conditions anormales : diagnostic de la grossesse, développement, position de l'utérus gravide, méthodes

« Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous devrons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou l'erreur (1). »

J'ai tenu à rappeler ces faits, pour montrer que la question des indications de l'hystérectomie dans les infections puerpérales me préoccupe depuis longtemps déjà, et que, d'autre part, loin d'être hostile à l'invasion de la chirurgie dans le domaine obstétrical, j'ai toujours bien accueilli et même sollicité l'action chirurgicale dans toutes les circonstances où elle me parut nettement indiquée.

Cela dit, j'aborde la question posée: *Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.*

*
* *

Je n'ai point à faire ici l'historique de la question.

La lecture des quatre rapports de mes collègues, présentés et discutés au Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Rome, il y a six mois, renseignera suffisamment sur ce chapitre. Le rapport de mon collègue et ami Treub est particulièrement documenté à ce sujet.

Mais je crois nécessaire de rappeler les conclusions de mes collègues, qui ont eu à traiter de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

CONCLUSIONS DE H. FEHLING (STRASBOURG)

I. — Les maladies puerpérales des organes génitaux peuvent se partager en deux classes : affections toxiques et infectieuses.

II. — Dans l'intoxication (saprohémie), l'utérus est le seul foyer morbide ; dans l'infection, le processus morbide est rarement restreint à l'utérus : en général il s'agit d'une infection grave qui a envahi tout l'organisme.

(1) In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, p. 50.

III. — L'extirpation de l'utérus dans les suites de couches en cas de septicohémie généralisée ne donne aucune chance de succès, et on ne doit pas conseiller cette opération.

IV. — L'extirpation de l'utérus est indiquée seulement dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxication est restreint à l'utérus, à savoir dans la rétention avec putréfaction du placenta, dans la putréfaction des myomes pendant les suites de couches, ou des restes ovulaires à la suite d'avortement, toutes les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossibilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hystérectomie.

V. — Dans les cas de métrophlébite puerpérale (pyohémie) l'hystérectomie peut être utile, à la condition qu'elle soit accompagnée de la ligature ou extirpation des veines atteintes de thrombose dans le ligament large et des veines utéro-ovariques. Cette opération peut se pratiquer aussi séparément.

CONCLUSIONS DE G. LÉOPOLD (DRESDE)

I. — Dans le cas d'infection puerpérale grave, l'hystérectomie sera indiquée lorsqu'il aura été prouvé par tous les symptômes que l'utérus est le siège seul et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué.

Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition sans qu'on puisse l'enlever.

II. — Si l'infection a dépassé l'utérus et qu'il se produise une péritonite grave, ou une thrombose septique, ou une affection unilatérale ou bilatérale des annexes, ou un abcès de l'utérus, l'hystérectomie toute seule ne suffit pas à guérir la malade, parce que cette opération ne tient pas compte des altérations anatomiques qui se sont ajoutées.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche, on devra,

selon les circonstances, avoir recours avant tout au traitement chirurgical, qui se propose de rechercher le foyer de la suppuration et de le vider. D'autres recherches nous diront jusqu'à quel point les injections de sérum antistreptococcique ou d'autres remèdes semblables pourront contribuer directement ou indirectement à la guérison.

Dans tous les cas, il faut insister surtout sur la recherche précoce et minutieuse des foyers de suppuration. La recherche et l'éloignement des veines atteintes de la suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants succès dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale.

CONCLUSIONS DE H. TREUB (AMSTERDAM)

I. — Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale, localisée entièrement à l'utérus, sont su fisants dans la grande majorité des cas.

II. — Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue.

III. — L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération.

IV. — Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas-là en fait certainement trop.

CONCLUSIONS DE TH. TUFFIER (Paris).

Deux pages n'ont pas suffi à l'auteur pour les formuler, je ne puis donc les reproduire ici *in extenso*, mais en voici quelques passages qui permettront je pense de saisir sa pensée:

« De l'ensemble de mon travail, il ressort nettement que l'*anatomie pathologique* démontre, dans l'infection puerpérale aiguë, certaines lésions rares mais indiscutables, qui sont justiciables de l'ablation de l'utérus. Mais la clinique est-elle ca-

pable de reconnaître ces cas ? L'examen approfondi de chacun des symptômes pris isolément prouve qu'aucun d'eux n'est pathognomonique... C'est *l'ensemble clinique*, le tableau du malade, le complexus symptomatique, c'est *l'ensemble des accidents qui nous déterminera.* »

*
* *

Ces conclusions sont très suggestives. Elles reflètent l'opinion de trois *accoucheurs gynécologues* et celle d'un *chirurgien gynécologue.*

Pour les trois premiers, Fehling, Léopold, Treub, l'*indication de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection génitale aiguë post partum ou post abortum, avec accidents toxi-infectieux, sans localisations extra-utérines cliniquement perceptibles, est tout au moins problématique.*

Pour mon collègue Tuffier, dont l'enthousiasme, causé par une hystérectomie qu'il a pratiquée avec succès dans le service de notre collègue Champetier de Ribes chez une femme atteinte d'infection puerpérale (1), n'est pas encore attiédi, l'indication de l'hystérectomie existe *quand la femme infectée est dans un état désespéré et l'accoucheur dans un état de désespérance !*

C'est, dit-il, l'impuissance de l'accoucheur reconnue par lui-même « qui crée l'indication opératoire ». Lui seul, chirurgien, ne veut pas désespérer.

Comme mon ami Tuffier — et qu'il me permette de le lui dire, depuis plus longtemps que lui, — j'ai maintes fois éprouvé des sentiments de révolte en face de mon impuissance près d'une femme infectée ; ainsi que la plupart de mes collègues accoucheurs, j'ai cherché et je continue à rechercher quelles ressources thérapeutiques peuvent nous rendre plus souvent victorieux ; mais, dans cette lutte, je n'ai

(1) In *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXV, 1899, p. 797.

jamais mis en œuvre que des moyens, procédés ou méthodes me paraissant rationnels.

Or, l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë est-elle rationnelle ?

C'est ce que je vais discuter, en exposant aussi succinctement que possible :

1° Dans quelle mesure mes collaborateurs ou moi avons été impuissants dans les cas d'infection puerpérale ;

2° Dans quels cas d'infection puerpérale suivis de mort, la clinique, la bactériologie, l'anatomie pathologique, ont pu fournir des indications d'hystérectomie.

1° Dans quelle mesure mes collaborateurs ou moi avons-nous été impuissants dans les cas d'infection puerpérale ?

Je n'ai pas à décrire ici les méthodes de traitement employées pour combattre l'infection puerpérale à la clinique Baudelocque (1).

Avec l'emploi de ces méthodes, voici les résultats obtenus :

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE DE LA **MORBIDITÉ** MATERNELLE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DEPUIS L'ANNÉE 1890 JUSQU'A L'ANNÉE 1901 *inclusivement* (2).

Sur **24.937** femmes accouchées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1901 inclusivement :

---

(1) Voir *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, publié chaque année depuis 1890.

Voir également PINARD et WALLICH, *Traitement de l'infection puerpérale*. Paris, G. Steinheil, 1896.

(2) L'année 1902 n'est pas comprise dans cette statistique, parce que, le *Fonctionnement* n'ayant pas encore paru, la morbidité n'a pas été établie.

987 femmes tant primipares que multipares, soit 3,95 p. 100, ont présenté une élévation de température atteignant ou dépassant 39°, quelle qu'ait été la cause de cette élévation de température.

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE DE LA **MORTALITÉ** MATERNELLE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE, DEPUIS LE 1er JANVIER 1890 JUSQU'AU 1er JANVIER 1903

	Nombre de femmes	Mortalité totale intégrale	Mortalité par septicémie	
1890.....	1.244	9	4	0,32 p. %
1891....	1.634	20	8	0,36
1892.....	1.834	8	5	0,27
1893.....	1.920	14	8	0,42
1894.....	2.139	9	4	0,18
1895.....	2.080	12	5	0,24
1896.....	2.270	12	5	0,22
1897....	2.314	11	5	0,21
1898 . ..	2.305	24	6	0,26
1899.....	2.506	11	5	0,19
1900.....	2.442	10	5	0,17
1901.....	2.229	15	5	0,22 (1)
1902.....	2.015	6	4	0,19
TOTAUX:	26.952	161	69	

Du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1903, sur un total de 26.952 accouchements ou avortements, la mortalité par septicémie à la clinique Baudelocque a été de 69, soit 0,25 p. 100.

Je dois faire remarquer que dans deux cas l'hystérectomie fut pratiquée dans mon service, en 1896 et 1901.

(1) Le Fonctionnement de l'année 1901 porte par erreur (pour la mortalité totale) 17 au lieu de 15, car il y a 2 femmes qui sont comptées comme accouchées dans le service et qui ont accouché chez des sages-femmes agréées.

Voici le résumé de ces deux observations :

Obs. 1.462 de l'année 1896 (Varnier et Hartmann). — Secondipare. Hémorragies pendant la grossesse causées par une insertion du placenta sur le segment inférieur.

Le 24 août, à 2 heures du soir, début du travail ; hémorragie, déchirure large des membranes. A 5 h. 45 la dilatation est complète, la tête s'engage. A 6 h. 10 expulsion, d'un enfant mort pesant 2.570 grammes. Délivrance artificielle pour hémorragie.

Aussitôt après l'accouchement, T., 40°,4; P., 150.

Soir du 1er jour et matin du 2e jour, température normale.

Du 26 au soir au 30 août, ascension progressive de la température jusqu'à 40°. Traitement: injections intra utérines, puis irrigation continue, sérum antistreptococcique de Marmoreck.

Le 30 au soir, curettage: extraction de débris de caduque infects. L'état de cette femme reste grave. M. Roux conseille l'emploi d'un sérum plus actif. Ce nouveau sérum reste impuissant.

Le 4 septembre, MM. Varnier et Hartmann ayant constaté l'absence de toute localisation péri-utérine, péritonéale, métastatique, pensant que peut-être les accidents étaient sous la dépendance d'une thrombo-phlébite suppurée encore limitée à l'utérus, décident de pratiquer l'hystérectomie abdominale (10e jour).

Mort le 8 septembre.

A l'autopsie on a constaté l'existence d'une pleurésie purulente gauche (streptocoques) non diagnostiquée pendant la vie.

Obs. 1.389 de l'année 1902 (Potocki). — Secondipare âgée de 20 ans. Accouchée une première fois en 1900, à terme, d'un enfant vivant.

Sa deuxième grossesse évolue sans incident. Le travail débute le 17 septembre 1902, à 7 heures du matin. Elle est examinée par une sage-femme qui l'envoie à la clinique Baudelocque, où elle arrive à 9 heures du soir. La dilatation est complète ; la poche se rompt spontanément (liquide amniotique opalescent), et un enfant vivant, se présentant par le sommet, pesant 3.660 grammes, est expulsé 5 minutes après l'entrée de cette femme à la salle de travail. Délivrance naturelle. Placenta, 460 grammes. Membranes complètes, mais déchirées.

En raison des examens pratiqués avant son entrée à la clinique, on fit une injection intra-utérine de solution de biiodure de mercure.

L'aspect de cette femme était mauvais, le facies grippé, et une heure après la délivrance survenait un frisson violent bientôt suivi d'un second. La femme accusait des douleurs abdominales très vives. T., 38°,4 ; P., 120.

Le 18 au matin, sédation. T., 37°,6 ; P., 108. Le soir : frisson. T., 40°5 ; P., 144. Le ventre est douloureux. Pas de vomissements. L'intestin fonctionne. M. Potocki examine cette femme à 9 heures du soir ; si de son examen minutieux il ne tire aucun diagnostic ferme quant à la cause des accidents, il porte un pronostic grave et, après avoir discuté l'indication d'une intervention chirurgicale, il décide d'attendre le lendemain.

La nuit est relativement calme; mais, le 19 au matin, nouveau frisson et aggravation de l'état général. T., 38° ; P., 146. Respirations, 34.

« En l'absence des signes caractéristiques d'une broncho-pneumonie ou d'une fièvre typhoïde, on est évidemment obligé de conclure, dit M. Potocki, qu'on se trouve en face d'une fièvre puerpérale à début pour ainsi dire contemporain de l'accouchement, à évolution suraiguë et comportant par conséquent un pronostic fatal. »

Considérant cette femme comme perdue si on n'intervient pas, M. Potocki décida de pratiquer l'hystérectomie abdominale 36 heures après l'accouchement. Hystérectomie subtotale ; cautérisation du moignon cervical, qui est laissé en place et enfoui. Drainage abdominal.

La malade meurt le 1er octobre, de péritonite généralisée. A l'autopsie on a en outre constaté une phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes droites.

2° Dans quels cas d'infection puerpérale l'anatomie pathologique, la bactériologie, la clinique, ont-elles pu fournir rétrospectivement des indications d'hystérectomie ?

a) Dans quels cas l'anatomie pathologique nous a-t-elle fourni des indications d'hystérectomie ?

Dans tous les cas où l'autopsie a été possible, elle a été faite. Tous les résumés en ont été donnés dans les *Fonctionnements*. Or, en aucun cas d'infection puerpérale aiguë, nous

n'avons trouvé une lésion localisée à l'utérus constituant pour nous une indication opératoire.

Deux fois seulement nous avons reconnu à l'autopsie la présence de fibromes putréfiés, dont l'existence avait été méconnue pendant la vie.

Nous n'avons jamais rencontré d'abcès uniquement localisés dans les parois utérines ; nous n'avons jamais rencontré de gangrène localisée de la paroi.

En somme, il ne nous est pas arrivé *une seule fois* de reconnaître sur la table d'autopsie, une indication apparente d'hystérectomie.

b) Dans quels cas la bactériologie nous a-t-elle fourni une indication d'hystérectomie, soit pendant la vie, soit après la mort?

L'examen bactériologique du sang ou du contenu de la cavité utérine de nos malades a été pratiqué par MM. Roux, Widal et Marmorek. Jamais leur examen n'a permis de déterminer un cas où l'hystérectomie se trouvait indiquée.

Avec Petruschky, et contrairement à Prochownick, nous avons eu la certitude absolue, et tout récemment encore, que la présence de streptocoques dans le sang ne comporte pas toujours un pronostic fatal.

De même, nous avons vu mourir des femmes chez lesquelles l'ensemencement du sang — pratiqué suivant la méthode de Widal — était toujours resté stérile.

Je puis ajouter que dans le cas de coli-bacillose puerpérale *absolument certaine* observé récemment par Widal, où la présence du coli-bacille avait été constatée dans le sang pendant la vie, l'hystérectomie eût été au moins inutile, puisque la femme mourut le 4ᵉ jour après le début des accidents de méningite cérébro-spinale (1).

Quant à l'examen du contenu de la cavité utérine, il n'a fourni jusqu'à présent aucune indication raisonnable.

---

(1) F. WIDAL, Communication orale.

Les recherches consacrées à l'étude des germes anaérobies, même les plus récentes, ne sont remarquables jusqu'à ce jour que par le vague et l'indéterminé qui les caractérisent.

c) *Dans quels cas les symptômes cliniques ont-ils pu et peuvent-ils fournir une indication d'hystérectomie ?*

J'avoue, pour ma part, n'avoir jamais rencontré, dans les cas d'infection puerpérale aiguë, ni un symptôme, ni un complexus symptomatique m'ayant démontré que *l'utérus était la source unique des accidents observés, et que les lésions utérines étaient telles qu'elles échappaient à toute thérapeutique locale autre que l'ablation totale de l'organe.*

Je me sens même absolument incapable, aujourd'hui encore, de reconnaître, « de par l'ensemble des accidents », une indication d'hystérectomie.

Mon désir de faire quelque chose en face d'un cas où les accidents persistent et s'aggravent, malgré mon traitement, pourra peut-être faire naître en mon esprit une invitation opératoire, mais l'indication jamais. Entre l'invitation opératoire et l'indication opératoire, il y a un abîme que je ne franchirai pas, car je n'oublierai jamais que le premier résultat de l'acte opératoire sera une mutilation, et quelle mutilation chez une femme jeune !

Du reste, je suis en assez bonne compagnie. Je n'en veux pour preuve que l'aveu de mon collègue et ami Treub, publié dans son rapport (1), et celui que me faisait hier mon collègue et ami Queirel (2). « Depuis moins d'un an, m'a-t-il dit, deux fois j'ai annoncé dans mon service que je ferais le lendemain une hystérectomie pour infection, et deux fois j'ai trouvé le lendemain un changement tel que je me suis abstenu : les deux femmes ont guéri. » Et il écrit dans une de ses *Leçons sur le traitement des infections puerpérales :*

(1) Voir l'observation **256**, à la page 16 du rapport de Treub.

(2) Communication orale. — *Leçons de clinique obstétricale.* Paris, G. Steinheil, 1902.

« Je veux bien ne reculer devant aucune opération, si importante, si difficile et si grave qu'elle soit, mais je veux que ma main ne l'exécute que quand mon esprit l'aura décidée en toute connaissance de cause, et quand mon expérience m'aura dicté qu'elle est justifiée. »

RÉSUMÉ

Laissant de côté les cas exceptionnels et bien déterminés, où la rétention placentaire, la putréfaction d'un fibrome utérin, ou un traumatisme de l'utérus (déchirure ou inversion) peuvent constituer une indication d'hystérectomie ; — n'ayant pas, d'autre part, à envisager ici les possibilités d'indications éloignées de l'hystérectomie vaginale dans les infections puerpérales, j'arrive à cette conclusion que :

*La clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique sont à l'heure actuelle impuissantes à fournir une indication d'hystérectomie dans l'***infection puerpérale aiguë**.

CONCLUSION :

L'indication **rationnelle** de l'hystérectomie dans les **infections puerpérales aiguës**, hormis les cas exceptionnels et bien déterminés ci-dessus énoncés, n'existe pas.

HÉMORRAGIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DES NOUVEAU-NÉS

dans leurs rapports
avec la naissance prématurée et l'accouchement laborieux (1).

Par **A. Couvelaire.**

Ayant depuis plus d'un an recueilli et étudié, à l'instigation du professeur Pinard, un assez grand nombre de documents anatomiques et cliniques sur les lésions du système nerveux central des nouveau-nés et en particulier sur les hémorragies du névraxe, je vous présente aujourd'hui le résumé succinct d'une première série de 51 autopsies (2).

Sur ce total de 51 autopsies comprenant des enfants morts dans les premières heures ou dans les premiers jours qui ont suivi leur naissance, j'ai noté 11 cas d'hémorragies du système nerveux central, 5 intra-cérébrales, 6 intra-médullaires (3).

Ces cas se répartissent de la façon suivante :

ENFANTS PESANT :

Moins de 2.000 gr. 14 cas.	de 2.000 à 2.500 gr. 9 cas.	de 2.500 à 3.000 gr. 10 cas.	3.000 gr. et plus. 18 cas.
4 cas de lésions cérébrales.	1 cas de lésions cérébrales.	»	6 cas de lésions médullaires.

Il me semble dès l'abord intéressant de constater que pas

---

(1) Note préliminaire présentée à la *Société de biologie* (séance du 28 mars 1903).

(2) Ces autopsies ont été pratiquées soit dans les 2 ou 3 premières heures qui ont suivi la mort, soit dans les 36 premières heures, mais après formolage suivant la technique de mon maître Pierre Marie. Les centres nerveux ont été étudiés après durcissement dans le formol et débités en coupes minces sériées. Les coupes histologiques ont été colorées à l'hématoxyline et à la fuchsine picriquée.

(3) Je ne parle ici que des hémorragies siégeant dans la substance nerveuse. Je laisse de côté, pour l'instant du moins, les hémorragies méningées et les hémorragies ventriculaires.

un des 33 enfants nés prématurément, et pesant au moment de la naissance moins de 3.000 grammes, ne présentait d'hémorragies centrales, ni au niveau du tronc cérébral, ni au niveau de la moelle.

Je n'ai rencontré d'hémorragies médullaires que chez des enfants dont le poids dépassait 3.000 grammes (6 cas sur 18) et dont la naissance avait été particulièrement laborieuse.

Ce fait semble en contradiction avec les récentes constatations de MM. Charrin et Léri (1). Ce désaccord est peut-être plus apparent que réel. Il tient peut-être à ce que la clientèle de nouveau-nés du service de M. Charrin n'est pas la même que celle du service de M. Pinard. A l'infirmerie de la Maternité, M. Charrin observe surtout des rejetons de femmes malades. Dans le service d'accouchement de la clinique Baudelocque, j'observe surtout des rejetons de femmes saines.

Les deux grands facteurs de mortalité pour les nouveau-nés de la clinique sont l'accouchement dystocique et la nais-

---

(1) Dans une note présentée le 16 mars 1903 à l'Académie des sciences, MM. Charrin et Léri ont signalé l'existence de « lésions des centres nerveux des nouveau-nés issus de mères malades ».

Dans *sept cas sur neuf*, ils ont trouvé au niveau du bulbe de la protubérance et surtout de la moelle épinière « des anomalies dont les hémorragies et les processus congestifs constituent les modalités les plus fréquentes ». Ils ont rencontré ces extravasations sanguines « soit dans le canal épendymaire, soit dans les espaces interméningés, soit dans l'épaisseur du tissu médullaire, spécialement à la base des cornes antérieures ».

A ces extravasations s'ajoutent parfois d'autres altérations : dans un cas ils ont pu noter « un épaississement manifeste joint à une infiltration leucocytaire des méninges et dans un autre des détériorations des cellules motrices de la substance grise (*chromatolyse*, *excentration des noyaux*, etc.) ».

« L'aspect de ces lésions hématiques, méningées ou cellulaires tend à prouver qu'elles ont débuté au cours de la vie intra-utérine », et en raison des circonstances en apparence très normales de la naissance, d'ailleurs « dans plus d'un cas » prématurée, des fœtus qu'ils ont étudiés, MM. Charrin et Léri tendent à n'accorder au traumatisme de l'accouchement qu'un rôle secondaire dans le mécanisme de production de ces lésions, tout au moins dans les cas qu'il leur a été donné d'observer.

sance prématurée. Et dans la plupart des cas cette naissance prématurée se produit non pas sous l'influence de maladies générales de la mère, mais pour des raisons d'ordre mécanique (surmenage physique, station debout, traumatismes variés) ou d'ordre anatomique (insertions vicieuses du placenta, malformations utérines, etc.).

*
* *

Quoi qu'il en soit, *les* 33 *prématurés pesant moins de* 3.000 *grammes que j'ai étudiés ne présentaient pas d'hémorragies médullaires.*

Par contre, *sur ces* 33 *prématurés j'ai noté* 5 *fois des lésions hémorragiques cérébrales.*

Ces hémorragies cérébrales siégeaient : 2 fois dans le centre ovale, au voisinage des cornes du ventricule latéral (enfants de 1.420 grammes et de 1.850 grammes) ; — 1 fois au niveau du centre ovale et des noyaux gris centraux (enfant de 1.900 grammes) ; — 2 fois au niveau du cortex et du centre ovale (enfants de 1.500 grammes et de 2.270 grammes).

De ces 5 enfants, qui tous se présentaient par le sommet, 4 eurent à traverser la filière d'une primipare, 1 seul fut expulsé par une secondipare, mais pour lui le travail fut long (24 heures).

Dans les 5 cas, le poids du placenta était en rapport physiologique avec le poids du fœtus.

Dans 4 cas, les mères étaient bien portantes, et l'on ne put trouver d'autre cause à l'expulsion prématurée de l'enfant que : 2 fois une malformation utérine et 2 fois une insertion basse du placenta. Dans 1 cas seulement, la mère était dans des conditions pathologiques (salpingo-ovarite avec légère réaction péritonéale).

Enfin, sur ces 5 enfants, 2 vécurent 2 jours ; — 1 vécut 6 jours ; — 1 vécut 10 jours ; — 1 vécut 18 jours. Pour ce dernier, les foyers hémorragiques anciens étaient cavitaires.

Voici d'ailleurs le sommaire de ces 5 observations :

Obs. **1.806** de l'année 1902.— Primipare de 23 ans. *Malformation utérine.*

Dernières règles ? Présentation transversale corrigée pendant le travail. Sommet. Procubitus de la main réduit avant la rupture de la poche. Liquide amniotique opalescent. Durée du travail : 4 h. 30. Période d'expulsion : 10 minutes.

Enfant pesant 1.420 grammes, mort 2 jours après la naissance.

Placenta inséré sur le segment inférieur pesant 360 grammes.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne. Suffusions sanguines dans la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux.

Petits foyers hémorragiques de 3 *à* 4 *millimètres dans le centre ovale sur le flanc externe de la voûte de la corne occipitale des ventricules latéraux des* 2 *hémisphères cérébraux.*

Pas de lésions médullaires.

Obs. **1.881** de l'année 1902. — Primipare de 25 ans.

Dernières règles du 12 au 14 mai 1902. Phénomènes de réaction péritonéale, causés par une *salpingo-ovarite gauche*, à partir du 4e mois de la grossesse.

Accouchée le 9 décembre. Sommet. Durée du travail : 12 h. 30. Période d'expulsion : 1 heure. Liquide amniotique opalescent.

Enfant pesant 1.500 grammes.

Placenta inséré sur le segment inférieur pesant 380 grammes.

L'enfant mis en couveuse, nourri au verre, est mort 18 jours après sa naissance, pesant 1.250 grammes.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne.

Foyer cortical et sous-cortical ramolli sous une nappe hémorragique ancienne de la méninge molle au niveau de la 3e circonvolution occipitale gauche.

Quatre petits foyers cavitaires, vestiges d'hémorragies anciennes, ayant 2 à 3 millimètres de diamètre *sur le flanc externe de la corne*

occipitale du ventricule latéral gauche (fig. 3 *bis* et Pl. II, fig. 3).

Pas de lésions médullaires.

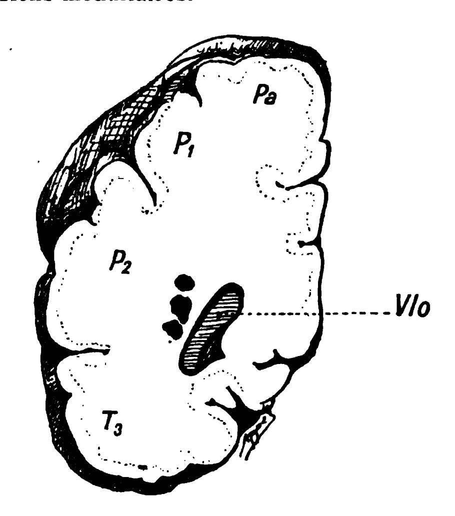


Fig. 3 *bis* (Obs. 1.881). — Coupe frontale de l'hémisphère cérébral gauche.

Décalque au trait de la photographie reproduite Pl. II, fig. 3. — V*lo*, corne occipitale du ventricule latéral, sur le flanc externe de laquelle s'étagent trois petits foyers cavitaires ; — P*a*, circonv. pariétale ascendante ; — P_1 et P_2, 1re et 2e circonv. pariétales ; — T_3, 3e circonv. temporale.

Obs. 1.685 de l'année 1902. — Secondipare de 28 ans. Accouchée une première fois en 1894, prématurément, d'un enfant qui mourut quelques heures après la naissance.

Dernières règles : fin avril. Grossesse sans incidents jusqu'au 4 novembre.

Le 4 novembre, rupture prématurée des membranes. Début du travail le 6 novembre. Présentation du sommet. Durée du travail : 24 heures. Période d'expulsion : 10 minutes.

Enfant pesant 1.850 grammes. Mort 2 jours après la naissance.

Placenta inséré sur le segment inférieur pesant 320 grammes.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Légère hémorragie dans la cavité arachnoïdienne et suffusions sanguines dans la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux. Pas d'hémorragies ventriculaires.

Foyer hémorragique de 4 millimètres de diamètre dans le centre ovale de l'hémisphère cérébral gauche, immédiatement en avant de la corne frontale du ventricule latéral.

Pas d'hémorragies médullaires.

Obs. **153** de l'année 1903. — Primipare de 21 ans.

Dernières règles : 1-4 mai. Grossesse sans incident. Accouche le 25 janvier. Sommet. Durée du travail : 10 heures. Période d'expulsion : 15 minutes. Liquide opalescent.

Enfant pesant 1.900 grammes.

Placenta inséré sur le segment inférieur, sur le bord même de l'orifice, pesant 380 grammes.

L'enfant est mort 10 jours après la naissance, pesant 1.760 grammes.

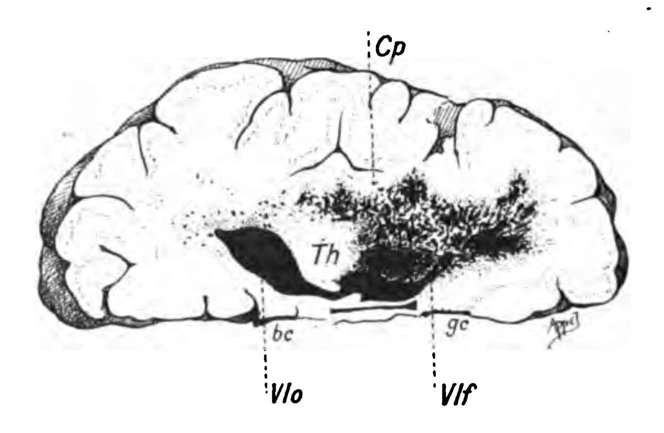


Fig. 6 *bis* (Obs. 153). — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche passant par la partie supérieure de la couche optique.

Décalque au trait de la photographie reproduite Pl. III, fig. 6. — V*lo* et V*lf*, cornes occipitale et frontale du ventricule latéral occupées par un hématome; T*h*, couche optique en avant de laquelle fuse le foyer hémorragique ; *bc* et *gc* bourrelet et genou du corps calleux.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne. Quelques suffusions sanguines discrètes de la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux.

Hématome dans les quatre ventricules (latéraux, 3° et 4°).

Grosse hémorragie cérébrale gauche partant de la région du



FIG. 5 *bis*. (OBS. 153). — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche passant au-dessus du corps calleux.

Décalque au trait de la photographie reproduite Pl. III, fig. 5. — Foyer hémorragique diffus infiltrant la masse blanche de l'hémisphère.

noyau lenticulaire, envahissant la capsule interne et le centre ovale, fusant vers la voûte de l'hémisphère et la voûte de la corne frontale du ventricule latéral, infiltrant la presque totalité de la substance blanche (fig. 5 *bis* et 6 *bis* ; Pl. III, fig. 5 et 6).

Pas de lésions médullaires.

OBS. 1.724 de l'année 1902. — Primipare de 27 ans. *Utérus cordiforme.*

Dernières règles : 22-26 février. Grossesse sans incidents. Accouche le 14 novembre. Sommet. Durée du travail : 16 heures 30. Période d'expulsion : 15 minutes. Liquide opalescent.

Enfant pesant 2.270 grammes.

Placenta non inséré sur le segment inférieur pesant 440 grammes.

L'enfant ne peut téter ; il est nourri au verre avec le lait maternel ; il meurt 6 jours après sa naissance, pesant 2.060 grammes.

Autopsie. — Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne. Quelques nappes hémorragiques de la méninge molle à la surface des hémisphères.

Foyers corticaux sous les nappes hémorragiques de la méninge molle (fig. 7 *bis* et Pl. II, fig. 4).

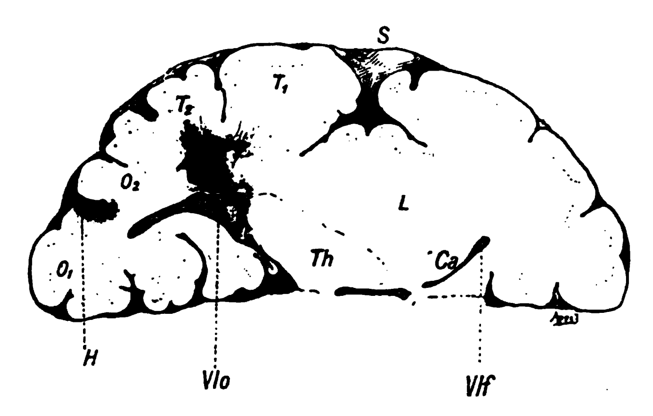


FIG. 7 *bis* (OBS. 1.724). — Coupe horizontale de l'hémisphère gauche passant par le genou du corps calleux.

Décalque au trait de la photographie reproduite Pl. III, fig. 7. — *Vlf* et *Vlo*, cornes frontale et occipitale du ventricule latéral ; S, scissure de Sylvius ; — Entre la corne occipitale du ventricule latéral *Vlo* et la 2e circonv. temporale T_2 : foyer hémorragique ; — H, foyer hémorragique cortical, au niveau du pli des passages des 1re et 2e circonv. occipitales.

Foyer hémorragique central de 1 centimètre de diamètre *sur le flanc externe de la corne occipitale du ventricule latéral gauche* (fig. 7 *bis* et Pl. III, fig. 7 ; Pl. III, fig. 4).

Pas de lésions médullaires.

Il semble résulter de ces faits que le *cerveau des prématurés est plus souvent le siège d'hémorragies que leur moelle.*

***

J'arrive maintenant aux 6 cas d'hémorragies médullaires que j'ai étudiés (1) :

(1) Je signale que, sur mes 51 autopsies, j'ai constaté dans 14 cas des hémorragies diffuses dans l'espace qui sépare la dure-mère du canal vertébral: 3 fois il existait un véritable hématome dans la région cervicale (2 extractions laborieuses du siège et 1 forceps); — dans 7 cas, un épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne : 3 fois cet épanchement était considérable (2 forceps et 1 extraction du siège); — dans 23 cas, des suffusions sanguines au niveau de la méninge molle :

Les 6 enfants pesaient respectivement au moment de leur naissance : deux 3.000 grammes, un 3.130 grammes, un 3.550 grammes, un 3.660 grammes, un 3.700 grammes.

Dans 5 cas le poids du placenta était en rapport physiologique avec le poids du fœtus. Une fois seulement (obs. 88 de 1902) le placenta pesait 780 grammes, l'enfant pesant 3.660 grammes. Peut-être y aurait-il lieu, dans ce cas, de considérer l'œuf comme pathologique, l'hypertrophie placentaire étant le plus souvent fonction de syphilis (Pinard).

Dans les 6 cas l'accouchement fut dystocique. Quatre fois il fut artificiel : une *double application de forceps* avec 40 minutes de traction (enfant de 3.130 grammes); — une *application de forceps pour présentation persistante du front* (enfant de 3.700 grammes); — une *application de forceps dans un bassin rétréci* (enfant de 3.550 grammes) ; — une *extraction du siège* pour *procidence du cordon* (enfant de 3.000 grammes). Deux fois il fut spontané, mais l'enfant eut à souffrir : dans un cas, d'un décollement placentaire (*hémorragie par insertion vicieuse du placenta*) et de *compression directe du cordon vicieusement inséré* (enfant de 3.660 grammes); — dans l'autre, de *compression du cordon vicieusement inséré* et formant un circulaire très serré autour du cou (enfant de 3.000 grammes).

De ces 6 enfants, 5 sont morts dans les premières heures qui ont suivi la naissance, 1 seul a vécu 4 jours (extraction du siège).

Voici d'ailleurs le sommaire de ces 6 observations :

Obs. **934** de l'année 1902. — Secondipare de 36 ans. 1er accouchement prématuré : enfant mort 8 jours après sa naissance.

---

3 fois la moelle était entourée d'une véritable nappe hémorragique (2 forceps et 1 extraction du siège).

Ces constatations se rapprochent de celles de Schütz (Ueber Convulsionen der Neugeborenen, in *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*. Prag. 1844. Bd 3, p. 22), — Friedleben (Ueber apoplexien der Nervencentren der Neugeborenen, insbesondere ueber Meningealapoplexie und deren Ausgänge, in *Archiv für physiologische Heilkunde*, 1885. Bd 14, p. 118), — Schaeffer (Ueber Blutergüsse in den Wirbelkanal bei Neugeborenen und deren Ursachen, in *Archiv für Gynækologie*, 1887. Bd 53, p. 278).

Dernières règles : du 5 au 15 septembre 1901.

Crises douloureuses abdominales depuis le 5 juin. Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit.

Le 9 juin, en raison de l'apparition de phénomènes péritonéaux et avant de pratiquer la laparotomie pour extirper la tumeur annexielle, l'utérus est vidé.

Dilatation artificielle manuelle du col utérin sous chloroforme : durée : 20 minutes.

Rupture de la poche des eaux (liquide amniotique opalescent).

Application de *forceps* : *Deux applications* ont été nécessaires. *Tractions lentes pendant 40 minutes.* Pendant ce temps, l'enfant n'a pas rendu de méconium.

Enfant pesant 3.130 grammes, extrait en état de mort apparente.

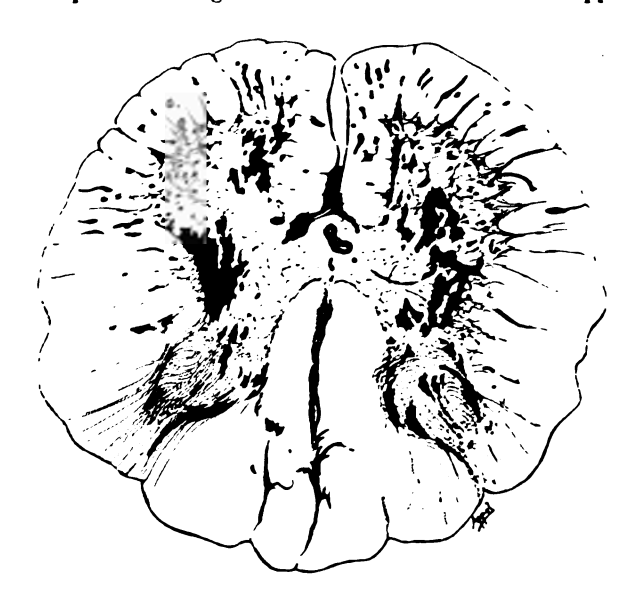


FIG. 1 *bis* (OBS. 934). — Moelle cervicale supérieure.

Décalque au trait de la photographie d'une coupe voisine de celle reproduite Pl. I, fig. 1.

Insufflation après désobstruction des voies respiratoires. Mort 30 minutes après la naissance.

Placenta inséré sur le segment inférieur, pesant 440 grammes.

Autopsie. — Aucune lésion des viscères thoraciques et abdominaux. Pas de suffusions sanguines des séreuses.

Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne et au niveau de la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne rachidienne. Quelques suffusions sanguines au niveau de la méninge molle médullaire.

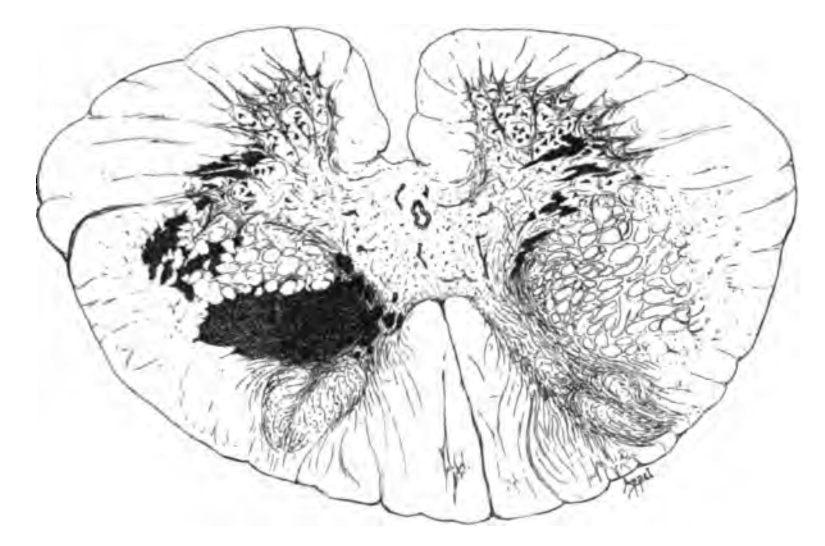


FIG. 2 *bis* (OBS. 934). — Moelle cervicale supérieure.
Décalque au trait de la photographie reproduite Pl. I, fig. 2.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale, au niveau de la substance grise, fusant vers le cordon latéral et le sillon médian antérieur, sur une hauteur de 22 millimètres, entre la partie inférieure du bulbe et la 6e cervicale (fig. 1 *bis* et 2 *bis*, Pl. I, fig. 1 *bis* et 2 *bis*).

OBS. 182 de l'année 1903.— Vpare de 36 ans. Bassin petit. Diamètre promonto sous-pubien : 10cm. 3. Premier accouchement à terme, terminé par forceps (enfant mort); 2 accouchements spontanés à terme (enfants vivants); 1 accouchement prématuré (enfant mort 24 heures après la naissance).

Dernières règles : 20-23 avril. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes.

Début du travail : 30 janvier 1903. *Présentation du front.* Durée du travail : 11 heures. Rupture artificielle tempestive de la poche des eaux. Liquide opalescent abondant. Période d'expulsion : 5 h. 30. Modifications du rythme des pulsations fœtales. Application de *forceps* régulière. Extraction facile : 5 minutes.

L'enfant, pesant 3.700 grammes, né en état de mort apparente, ranimé après désobstruction des voies respiratoires, crie 2 heures après et meurt 12 heures après la naissance.

Placenta, inséré sur le segment inférieur, pesant 530 grammes.

Autopsie. — Viscères thoraciques et abdominaux très congestionnés. Hémorragies au niveau des pyramides des deux reins et des capsules surrénales. Suffusions sanguines des séreuses (plèvre et péricarde).

Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne, dans les ventricules (ventricules latéraux et 4e ventricule) ; hématome au niveau de la méninge molle cérébelleuse.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Hémorragies dans l'espace compris entre la dure mère rachidienne et le canal vertébral. Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne rachidienne et au niveau de la méninge molle médullaire.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la moelle cervicale, au niveau de la substance grise, prédominant dans la zone intermédiaire sur une hauteur de 5 millimètres, entre la 5e et la 6e racine cervicale.

Obs. 291 de l'année 1903.— Secondipare de 23 ans. Bassin petit. Diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 5.

Premier accouchement prématuré (enfant vivant).

Dernières règles ?

Accouche le 17 février 1903. Présentation du sommet. Durée du travail : 26 h. 45. Rupture artificielle de la poche des eaux à la dilatation d'une grande paume (liquide amniotique opalescent). Période d'expulsion : 2 h. 45. Liquide amniotique vert. Modifications du rythme des pulsations fœtales. Application de *forceps* régulière. Extraction facile : 7 minutes de traction.

Enfant pesant 3.500 grammes, né en état de mort apparente, insufflé, non ranimé. Mort 1 h. 15 après la naissance.

Placenta pesant 600 grammes. *Insertion vicieuse marginale inférieure du cordon ombilical.*

Autopsie. — Congestion des viscères thoraciques et abdominaux. Suffusions sanguines sous-pleurales et sous-péricardiques. Dislocation des sutures qui aboutissent à la fontanelle postérieure. Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne ; hématome péricérébelleux ; hémorragie dans le 4e ventricule.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Hémorragies dans l'espace compris entre la dure-mère rachidienne et le canal vertébral. Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne rachidienne et au niveau de la méninge molle médullaire.

Foyers hémorragiques bilatéraux dans la substance grise de la *moelle cervicale* et dans le *bulbe*, sur une hauteur de 24 millimètres.

Obs. **234** de l'année 1903. — IIpare de 34 ans. 2 accouchements spontanés à terme (enfants vivants).

Dernières règles : 15-18 mai 1902.

Début du travail, le 8 février 1903. *Présentation du siège* complet. Rupture précoce des membranes (dilatation d'une petite paume). *Procidence du cordon. Extraction* immédiate (1 h. 45 après le début du travail) ; quelques difficultés pour le dégagement de la tête.

Enfant pesant 3.000 grammes, en état de mort apparente : désobstruction des voies respiratoires et insufflation. L'enfant n'est ranimé qu'au bout de 2 heures.

Placenta, inséré sur le segment inférieur, pesant 470 grammes.

L'enfant meurt le 4e jour.

Autopsie. — Hématome du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit. Pas de lésions macroscopiques des viscères thoraciques et abdominaux.

Hémorragie dans la cavité arachnoïdienne et au niveau de la méninge molle des hémisphères cérébraux et cérébelleux.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Hémorragie dans l'espace compris entre la dure-mère rachidienne et le canal vertébral au niveau de la région cervicale. Grosse hémorragie dans la cavité arachnoïdienne rachidienne et au niveau de la méninge molle médullaire.

Petites extravasations sanguines bilatérales disséminées dans la substance grise de la *moelle dorsale supérieure*, sur une hauteur de 11 millimètres entre la 7e et la 11e dorsale.

Obs. 88 de l'année 1902. — IIpare de 31 ans. A fait en juin 1900 un avortement de 4 mois et demi.

Dernières règles : 7-10 avril 1901. Depuis le 8 janvier 1902, perd du sang. *Hémorragie par insertion vicieuse du placenta.*

Début du travail, le 16 janvier. Hémorragie grave nécessitant la rupture large des membranes. Liquide amniotique opalescent au moment de la rupture, puis vert (dilatation d'une petite paume). Durée du travail : 19 heures. Période d'expulsion : 30 minutes.

Enfant pesant 3.660 grammes.

Placenta, inséré sur le segment inférieur, pesant 780 grammes. *Insertion marginale inférieure du cordon.*

L'enfant, né en état de mort apparente, a été rapidement ranimé. Convulsions et mort 24 heures après la naissance.

Autopsie. — Congestion des viscères thoraciques et abdominaux. Quelques suffusions sanguines sous-pleurales et sous-péricardiques.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne. Au niveau de la méninge molle, légères suffusions sanguines disséminées et nappe hémorragique de 4 centimètres de diamètre à la partie moyenne de la face externe du lobe frontal gauche.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Foyers hémorragiques bilatéraux de la moelle cervicale, disséminés dans la substance grise, sur une hauteur de 3 millimètres, au niveau de la 4e racine cervicale.

Obs. 124 de l'année 1903. — Vpare de 38 ans. 3 accouchements spontanés à terme (enfants vivants), et 1 avortement de 3 mois et demi.

Dernières règles : 9-12 avril 1902. Grossesse sans incidents.

Début du travail, le 22 janvier 1903. Présentation du sommet. Durée du travail, 11 h. 40. Rupture spontanée tempestive de la poche des eaux. Liquide amniotique vert. Période d'expulsion : 10 minutes. Modifications du rythme des pulsations fœtales. L'accouchement se termine pendant qu'on prépare le forceps.

Enfant pesant 3.000 grammes, né en état de mort apparente. Non ranimé.

Placenta pesant 640 grammes. *Insertion vicieuse marginale inférieure du cordon ombilical. Circulaire très serré.*

Autopsie. — Congestion des viscères thoraciques et abdominaux. Il y a un peu de sang épanché dans la cavité péritonéale. Suffusions sanguines sous-pleurales et sous-péricardiques.

Pas d'hémorragie dans la cavité arachnoïdienne. Légères suffusions sanguines dans la méninge molle sur le bord postérieur du cervelet.

Pas d'hémorragie intra-cérébrale.

Petites extravasations sanguines bilatérales dans la moelle dorsale, disséminées dans la substance grise, sur une hauteur de 15 millimètres, entre la 6e et la 8e dorsale.

Il semble résulter de ces faits :

1° Que *chez les enfants nés à terme ou près du terme la moelle est plus souvent le siège d'hémorragies que le cerveau* ;

2° Qu'*il y a un rapport étiologique entre ces hémorragies médullaires et l'accouchement laborieux.*

Au point de vue de la topographie de ces lésions médullaires (1), je signale que dans 4 cas sur 6 les lésions avaient pour siège la région cervicale et que dans un cas elles s'étendaient au bulbe. Dans les 2 autres cas, elles siégeaient dans la région dorsale (extraction du siège, accouchement

(1) Ces lésions médullaires ont été signalées déjà par JACQUET, SCHULTZE et D'HERBÉCOURT.

Dans l'observation de JACQUET (Note sur quelques lésions microscopiques produites chez un fœtus par le forceps, in *Lyon médical*, 1873, t. XII, n° 9, p. 576), la topographie des lésions était différente : « les hématomes microscopiques » siégeaient presque exclusivement dans la substance blanche.

Dans les 3 cas de SCHULTZE (Ueber Befunde von Hæmatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltbildung bei Dystokien, in *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1896, Bd 8, p. 1), et dans le cas de D'HERBÉCOURT (Sur un cas d'hématomyélie observé chez un nouveau-né, *Journal de médecine de Paris*, 19 juin 1898, p. 314), la topographie des lésions était dans ses grandes lignes celle que j'ai observée. Au point de vue pathogénique, d'HERBÉCOURT, malgré le traumatisme produit par 3 applications successives de forceps, dont deux avec dérapements, admet comme cause de ces hémorragies une lésion vasculaire préexistante, légère endo-périartérite histologiquement constatée sur quelques vaisseaux de la moelle.

spontané avec compression du cordon). Pour ces deux derniers cas, d'ailleurs, les hémorragies étaient très discrètes.

Les foyers hémorragiques multiples et bilatéraux sont disséminés dans la *substance grise* ; leur siège de prédilection est la zone intermédiaire, en arrière de la corne antérieure. L'hémorragie de cette dernière région, la plus importante en général, a tendance à fuser *vers le cordon latéral* sur le flanc interne du faisceau pyramidal et aussi vers le sillon médian antérieur de la moelle en suivant le trajet des vaisseaux spinaux antérieurs. Le canal épendymaire contient quelquefois du sang.

Dans la plupart des cas, en clinique, les causes productrices de lésions hémorragiques se juxtaposent, et il est bien difficile pour un cas donné de faire la part de ce qui revient à l'action réductrice du forceps, à l'élongation produite par une extraction manuelle du siège, à la compression de la tête fœtale par les parties maternelles, à la compression du cordon ou à un décollement placentaire.

Cependant, il nous semble qu'un de nos documents (obs. 934) établit de façon indiscutable l'action exclusive du forceps appliqué sur l'enfant bien portant, surpris brusquement dans son évolution intra-utérine.

* * *

CONCLUSIONS

Les résultats de l'étude de cette première série de 51 autopsies peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes :

1° *Le cerveau des prématurés est plus souvent le siège d'hémorragies que leur moelle* ;

2° *La moelle des enfants nés à terme ou près du terme est plus souvent le siège d'hémorragies que leur cerveau*;

3° *Il semble qu'il y ait un rapport étiologique entre ces hémorragies médullaires et l'accouchement laborieux*

PLANCHE I



FIG. 1.



FIG. 2.

G. STEINHEIL, Éditeur.

PLANCHE II



FIG. 3.

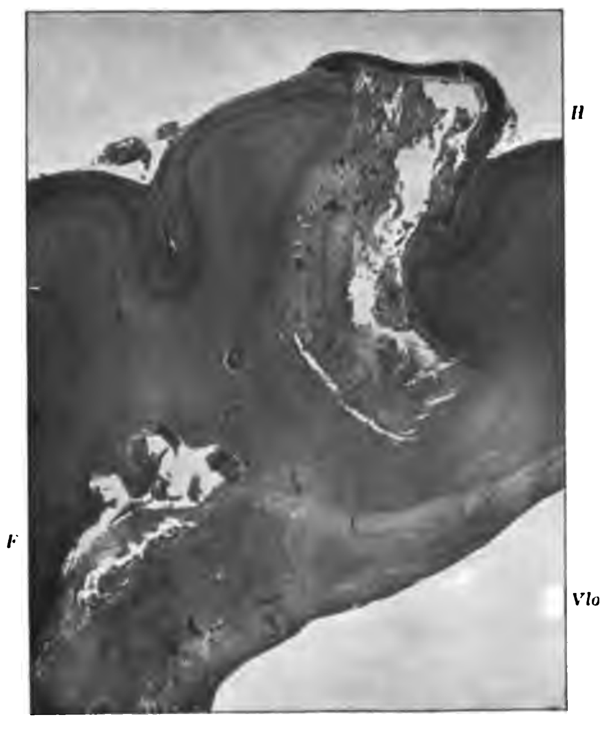


FIG. 4.

Planche III



Fig. 5.

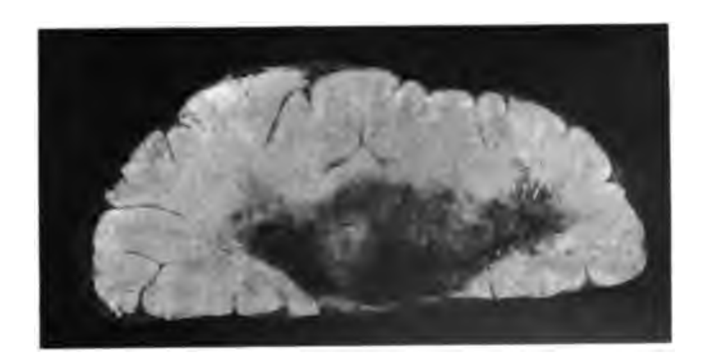


Fig. 6.



Fig. 7.

G. STEINHEIL, Éditeur.

CHOLÉCYSTITE ET PUERPÉRALITÉ

« Pendant la grossesse, il n'y a pas plus de fièvre essentielle que de péritonite spontanée ... La négation absolue de la fièvre de grossesse commandera l'analyse attentive et rigoureuse des symptômes cliniques chez toute femme enceinte présentant un état fébrile pendant la gestation », et permettra de « dépister l'existence d'affections inconnues des anciens auteurs, telles que l'appendicite, les torsions de tumeurs plus ou moins volumineuses (hématosalpinx, hydrosalpinx, kystes de l'ovaire, etc.), les cholécystites, etc... » (Pinard.)

Pendant le post partum « les appendicites, les kystes ovariques enflammés ou tordus, les obstructions intestinales forment tout un cadre de maladies presque aussi riche que les infections puerpérales devenues rares. Il faut donc toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de semblables complications, dont le diagnostic doit être formellement posé, car de ce diagnostic dépend le traitement. Maintes femmes ont dû la vie à une intervention dont l'indication a été saisie à temps par un accoucheur prévenu. » (Potocki.)

Les cinq observations suivantes, récemment publiées par MM. Potocki, Pinard et Hartmann, Doléris, Barrillon, à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, et Le Gendre à la *Société médicale des hôpitaux*, constituent, en ce qui concerne les rapports de la cholécystite et de la puerpéralité, des documents précieux qui viennent confirmer la doctrine du professeur Pinard.

I

Cholécystotomie pratiquée quelques heures après l'accouchement (1).

Par M. Potocki.

B..., âgée de 33 ans, ménagère, est entrée à la Maternité le 28 mai 1900.

C'est une femme grande, de bonne constitution, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires dignes d'être signalés. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, et n'a eu d'autre maladie qu'une anémie de quelque durée à l'âge de 20 ans.

Première grossesse à 28 ans. Accouchement spontané, à terme, d'une fille vivante élevée au biberon, actuellement bien portante. Suites de couches normales.

B... est enceinte pour la seconde fois. Dernières règles le 15 septembre 1899, ce qui indique que la grossesse est de 8 mois et demi environ. Cette grossesse a évolué normalement, sans accidents d'aucune sorte ; à noter seulement une constipation relative, combattue par des lavements.

En somme, B... se porta très bien jusqu'au samedi soir 26 mai.

Dans la journée, elle avait vaqué à ses occupations habituelles ; mais elle s'était fatiguée plus que de coutume à laver du linge ; néanmoins, elle se coucha bien portante et s'endormit, quand, vers minuit, elle fut réveillée brusquement par une douleur aiguë siégeant dans l'hypocondre et le flanc droits, et s'irradiant ensuite dans tout le ventre, qui ne tarda pas à se ballonner. A cette douleur très vive s'ajoutèrent des nausées et des vomissements.

Le 27 mai au matin on fait appeler une sage-femme qui porte le diagnostic de colique hépatique, fait une injection de morphine et administre un lavement, car, depuis le début des accidents, il n'y avait eu émission ni de matières, ni de gaz.

Mais comme l'état ne s'améliore pas, on consulte un médecin, qui, redoutant des accidents de péritonite, fait transporter la

(1) *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 9 juin 1902.

malade à la Maternité, où elle arrive le lundi 28 mai dans l'après-midi.

Dès son arrivée, la malade est prise de vomissements alimentaires et bilieux. Son facies est grippé, ses yeux un peu enfoncés, ses joues rouges ; la langue est humide, chargée. La température est à 38°,7, le pouls à 128. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

L'examen obstétrical montre que l'utérus est développé comme à 8 mois et demi environ ; l'enfant, vivant, se présente par le sommet, en O.I.G.A. ; la tête est légèrement engagée, le col est encore long ; il ne s'écoule ni sang, ni liquide amniotique. L'utérus est mou, la femme n'est pas en travail.

L'examen du ventre donne les renseignements suivants : en dehors du bord droit de l'utérus, entre le rebord costal, d'une part, la fosse iliaque et la crête iliaque, d'autre part, il existe une tumeur très douloureuse à la pression, à contour régulier, allongée dans le sens vertical, faisant saillir en dehors le flanc droit et pointant en arrière vers la région lombaire. Cette tumeur se distingue nettement de l'utérus par sa consistance, qui est ferme.

Lorsqu'on appuie sur elle, les muscles abdominaux se contractent immédiatement, et la malade accuse une vive douleur. Mais il n'y a aucune sensibilité dans le reste du ventre. Cependant la malade se plaint d'une barre épigastrique qui l'empêche de respirer.

La malade est maintenue au lit ; on lui fait prendre du lait et de la glace, et on lui administre un grand lavement à l'eau bouillie. Le lavement ramène des matières en petite quantité et quelques gaz.

Dans l'après-midi, vomissements porracés.

Je vois la malade à 8 heures et demie du soir. A ce moment, la température s'est abaissée à 38°, le pouls est descendu à 100, mais l'état général est sensiblement ce qu'il était à l'entrée de la malade à la Maternité. Toutefois, le travail s'est déclaré ; il y a des contractions utérines douloureuses, et le col commence à s'effacer. Il est facile de distinguer les douleurs causées par le travail de l'accouchement des douleurs liées à la présence de la tumeur abdominale.

Je pense qu'il s'agit d'une cholécystite et qu'il n'y a pas

urgence à intervention chirurgicale, d'autant moins que l'état de la malade paraît s'être amélioré un peu.

Comme, d'autre part, le travail est commencé, il est sage d'attendre sa terminaison, et il y a même lieu de penser qu'après l'accouchement l'examen du ventre deviendra plus facile et que les connexions de la tumeur seront plus aisées à reconnaître.

A 2 heures du matin, la malade est très agitée, elle souffre beaucoup. On lui fait une injection de morphine, et, à 3 heures du matin, après seulement quelques efforts d'expulsion, elle accouche spontanément d'un garçon vivant et bien constitué, pesant 3.200 grammes. La délivrance tarde à se faire, il y a des adhérences anormales du placenta ; aussi, à 4 h. 45, c'est-à-dire une heure et demie après l'expulsion de l'enfant, l'aide sage-femme de garde procède à la délivrance artificielle et fait ensuite une grande irrigation intra-utérine avec 12 litres d'eau naphtolée. Le placenta pèse 530 grammes ; les membranes sont déchiquetées, mais paraissent complètes. Après l'accouchement, la malade repose, et, à 7 heures du matin, le 29 mai, sa température est descendue à 37°,8 et son pouls à 112. Son état général est meilleur que la veille. Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements.

Enfin, ce qu'il était facile de prévoir, la tumeur abdominale s'est déplacée aussitôt après l'évacuation de l'utérus ; elle s'est portée en avant et en dedans et est devenue plus facilement perceptible. Au lieu de continuer à déprimer le flanc droit et d'avoir, en outre, de la tendance à se porter en arrière, la tumeur est devenue franchement antérieure. Elle est allongée dans le sens vertical et se termine par une extrémité arrondie ; elle a le volume d'une mandarine et la consistance d'une poche tendue par du liquide.

Sa pointe affleure une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; son bord interne n'est plus en contact avec l'utérus, mais séparé de lui par un sillon au niveau duquel on perçoit de la sonorité intestinale.

En haut, la tumeur se continue avec le foie, dont le bord tranchant est fortement abaissé et assez nettement perceptible à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal; toute la région droite de l'abdomen est douloureuse à la pression, spécialement à la pointe de la tumeur qui correspond au point de Mac Burney. Ailleurs, le ventre est indolore et souple. Il n'y a de défense musculaire qu'à droite.

Comme nous l'avons dit, il n'y a plus de vomissements depuis la veille.

Les modifications apportées dans les caractères de la tumeur par l'évacuation de l'utérus me confirment dans le diagnostic de cholécystite, bien nettement établi par le siège de la tumeur, qui est plus élevé que dans l'appendicite, par sa continuité avec le foie, et par son déplacement pendant les mouvements respiratoires.

Néanmoins, je prie mon maître, M. Bouilly, de venir voir la malade et de me donner son avis, ce qu'il fait avec sa bonne grâce habituelle.

M. Bouilly voit la malade à 10 heures du matin. Il se rallie au diagnostic de cholécystite ; il ne pense pas qu'il s'agisse d'appendicite, bien que le siège élevé de la tumeur n'élimine pas forcément ce dernier diagnostic. En tout état de cause, il conseille d'intervenir le jour même.

Au reste, l'accalmie qui avait suivi l'accouchement ne devait être que temporaire. En effet, dès midi, soit à peine deux heures après l'examen de M. Bouilly, la température montait à 38°,8, et le pouls à 140.

A midi 1/2, frisson ; T., 40° ; P., 146.

L'intervention ne pouvait sagement être retardée.

Je pratique donc la laparotomie le 29 mai à 2 heures de l'après-midi, soit 11 heures après l'accouchement, avec l'assistance de M. Couvelaire, alors interne à la Maternité.

Précautions d'asepsie et d'antisepsie comme à l'ordinaire.

Laparotomie latérale : incision sur la partie la plus saillante de la tumeur, le long du bord externe du muscle grand droit, et allant d'un travers de doigt au-dessus du rebord costal au point de Mac-Burney.

Exploration immédiate de la fosse iliaque droite, où on trouve un appendice sain et des annexes de l'utérus sans lésions. Le foie, très abaissé, est découvert dans la moitié supérieure de l'incision ; son aspect est normal. La vésicule biliaire fait, au-dessous du bord du foie, une saillie du volume d'une mandarine ; elle est extrêmement tendue, un peu congestionnée ; mais le péritoine qui la recouvre, ainsi que le péritoine hépatique, ne présentent pas la moindre trace d'inflammation.

La vésicule est attirée entre les lèvres de la plaie abdominale ;

elle est entourée de compresses de gaze aseptique. puis ponctionnée avec l'appareil Potain et fixée avec une pince de Kocher ; il s'écoule d'abord un demi-verre de liquide vert clair, puis environ deux cuillerées de liquide franchement purulent et finalement du liquide louche tenant en suspension une infinité de petits calculs jaunes.

Marsupialisation de la vésicule par une couronne de fils séparés à la soie fine, unissant la tunique séro-musculaire de la vésicule à la paroi abdominale moins la peau. Section de la vésicule aux ciseaux, puis nouvelle couronne de fils de soie unissant la tunique muqueuse de la vésicule à la peau de la paroi abdominale ; c'est à dessein qu'on n'introduit pas le doigt dans la vésicule pour en explorer la cavité, afin de ne pas risquer de déchirer la vésicule au niveau des sutures ; on pense que les calculs qui restent dans les voies biliaires, vésicule et canal cystique, seront expulsés spontanément par la suite ou du moins qu'il sera facile de les extraire.

On se contente donc de placer côte à côte dans la vésicule deux petites sondes en caoutchouc pour assurer un bon drainage.

Suture de la paroi abdominale en un seul plan au fil d'argent. Cette suture n'intéresse que la partie de l'incision qui correspond à la face antéro-supérieure du foie, la vésicule biliaire ayant été fixée à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Pansement aseptique compressif. Injection de sérum artificiel de 1.000 grammes.

Les suites opératoires ont été aussi simples que possible, ainsi que le montrent les détails consignés dans l'observation, et que je transcris ici brièvement.

Une heure après l'opération, la malade est réveillée, elle se sent bien. T., 38°,4 ; P., 138.

A 7 heures du soir, l'état est encore plus satisfaisant. T., 38° ; P., 118.

Ingestion de fragments de glace. Piqûre de morphine.

30 *mai*. — La nuit a été calme. Peu de vomissements. Langue humide. Pas de garde-robe. Miction spontanée.

Le pansement est très imbibé de bile qui entraîne une boue de petits cristaux jaunes. On renouvelle le pansement.

Écoulement lochial normal. Injection vaginale matin et soir.

Le matin, T., 37° ; P., 120 ; le soir, T., 37°,1 ; P., 100.

31 *mai*. — Un peu d'agitation dans la nuit. Piqûre de morphine.

Le matin, T., 37°,4 ; P., 98.

La malade se plaint de douleurs de ventre. Langue sèche et blanche. Pas de vomissements ; depuis 24 heures, pas d'évacuations intestinales, mais expulsion de quelques gaz. Urines normales, sans pigments biliaires. Comme alimentation, glace, lait coupé d'eau de Vichy.

Le pansement est imbibé de bile jaune ; on le renouvelle.

Le soir, T., 37° ; P., 96.

1er *juin*. — Nuit assez bonne. La malade se plaint de douleurs de ventre ; la langue est humide et chargée.

Le matin, T., 37°,6 ; P., 100.

Le pansement est très imbibé de bile renfermant encore une grande quantité de petits calculs biliaires jaunes. Ou laisse les deux tubes dans la plaie.

Ventre indolore, sans météorisme.

Comme il n'y a pas encore eu d'évacuations intestinales, on donne à la malade deux verres d'eau de Sedlitz. Le purgatif étant resté sans effet, on administre dans la soirée un grand lavement d'eau bouillie, qui donne issue à une véritable débâcle de matières colorées en jaune et en brun. Le cours de la bile est donc normal, ainsi qu'en pouvait faire présumer l'absence d'ictère. Les urines ne contiennent pas de pigments biliaires.

Le soir, T., 37°,4 ; P., 104.

2 *juin*. — Le matin, T., 37°,2 ; P., 100.

Le pansement est encore souillé par une assez grande quantité de bile et par un véritable semis de petits calculs jaunes.

Grand lavement évacuateur.

La malade commence à allaiter son enfant ; elle n'avait pas nourri son premier enfant.

Le soir, T., 37° ; P., 100.

Du 3 au 6. — Rien de spécial. Le pansement est renouvelé quotidiennement ; il est toujours souillé par la bile.

Les tubes à drainage sont remplacés par deux autres tubes de plus petit calibre.

3. — Matin, T., 36°,8 ; P., 93 ; soir, T., 37° ; P., 104.

4. — Matin, T., 36°,8 ; P. 96 ; soir, T., 37°,2 ; P., 110.

5. — Matin, T., 37° ; P., 96 ; soir, T., 37°,2 ; P. 104.

6. — Matin, T., 36°,7 ; P., 96 ; soir, T., 37°,2 ; P., 106.

7. — Deux verres d'eau de Sedlitz ; garde-robes abondantes, colorées.

a diminué, 0 gr. 20. État général satisfaisant. L'enfant a été placé en nourrice.

Pendant l'automne, je revois la malade, qui conserve une fistule punctiforme par où il s'écoule du mucus clair. De temps à autre, il se produit des douleurs, quand la fistule se ferme; mais elle ne tarde pas à s'ouvrir à nouveau, au bout de deux ou trois jours, pour donner issue à une certaine quantité de mucus. Quelques fils de soie apparaissent au dehors et sont enlevés au fur et à mesure. L'albumine avait disparu de l'urine dès le mois d'octobre.

Au mois de décembre, je conseille à la malade d'entrer dans un service de chirurgie pour se faire enlever la vésicule biliaire. Elle s'y décide enfin, et, le 2 avril, notre collègue, M. Schwartz, pratique sur elle avec succès l'extirpation de la vésicule biliaire, qui renfermait un gros calcul enclavé dans l'orifice du canal cystique et oblitérant ce conduit.

II

Cholécystite pendant les suites de couches. Cholécystotomie pratiquée par M. Hartmann le onzième jour après l'accouchement. Guérison (1).

Par M. A. Pinard.

En 1897, mon collègue et ami le professeur Dieulafoy, me demandait de vouloir bien donner mes soins à une jeune femme de 25 ans, enceinte pour la deuxième fois et dont le passé obstétrical était le suivant : première grossesse en 1894, ayant évolué sans incidents jusqu'à terme; accouchement particulièrement laborieux ; nombreuses et infructueuses applications de forceps ; finalement, embryotomie ; suites de couches pathologiques ayant nécessité un séjour au lit de plusieurs mois.

Une viciation pelvienne aurait été reconnue lors des interventions.

En raison de ces faits, la jeune femme, de nationalité étrangère, vint à Paris, espérant obtenir un meilleur résultat lors de son deuxième accouchement.

(1) *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 20 octobre 1902.

Aucun autre antécédent pathologique ne me fut signalé.

A mon premier examen, je reconnus l'existence d'une grossesse de 7 mois environ. L'état général était parfait.

A l'examen local, je reconnus la présence de cicatrices nombreuses au niveau de la vulve, du vagin et du col. Je constatai une asymétrie du bassin manifeste, mais je ne pus atteindre, en pratiquant le toucher avec deux doigts, l'angle sacro-vertébral.

Le fœtus paraissait bien développé, avait la tête en bas, mais non engagée.

Il fut convenu que, lors de l'accouchement, je ferais ce que je croirais devoir faire.

Les deux derniers mois se passèrent normalement; mais il n'y eut aucun engagement pendant la grossesse.

Le 1er novembre, le travail se déclara. Une circonstance particulièrement douloureuse pour moi m'obligea à quitter ma cliente en plein travail. Je la confiai à notre collègue Varnier, qui, après avoir redouté toute la journée une intervention, eut la satisfaction de voir, après la dilatation complète, l'engagement se faire et l'accouchement spontané s'effectuer.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 3.400 grammes.

Elle fut allaitée par sa mère, dont les suites de couches furent absolument physiologiques.

Malgré le dénouement heureux de cet accouchement, Mme B... voulut bien consentir à l'examen radiographique de son bassin. Le cliché que je possède dans ma collection démontre de la façon la plus nette l'asymétrie de la filière pelvienne.

En janvier 1901, Mme B..., enceinte pour la troisième fois, revint à Paris.

Mon examen me fit faire les mêmes constatations que lors de la précédente grossesse. *Santé générale excellente n'ayant jamais été troublée depuis la naissance de l'enfant en* 1897, me disait-on.

Rien de particulier à noter pendant les deux derniers mois, si ce n'est que l'enfant paraissait volumineux et que la tête restait élevée au niveau du détroit supérieur.

Le 3 mars 1901, début du travail à 11 heures du soir. A 4 heures du matin, j'arrivai près de ma cliente et fis les constatations suivantes : enfant vivant ayant la tête en bas, mais non engagée, membranes intactes, dilatation comme une paume de main. A

6 heures, la dilatation étant complète, je pratiquai la rupture des membranes. Ecoulement du liquide amniotique physiologique. Sous l'influence des contractions, la tête s'amorça péniblement, et toute la paroi vaginale devint œdémateuse.

A 9 heures du matin je fis prévenir notre collègue Bouffe de Saint-Blaise et M. Funck-Brentano, mon chef de clinique, en leur demandant de vouloir bien m'assister.

A leur arrivée, je leur fis constater l'œdème des parois vaginales et du périnée en même temps que la mobilité de la tête dans l'excavation. Puis je priai M. Funck-Brentano de donner le chloroforme.

L'anesthésie étant complète, je pratiquai une application de forceps, qui fut absolument régulière, et pus extraire la tête sans aucune difficulté et sans produire la moindre lésion du canal vagino-vulvaire.

L'enfant, du sexe féminin, pesant 3.735 grammes, se mit de suite à crier.

Il était à ce moment 9 heures et demi. C'était mon jour de leçon. Et voulant être à mon amphithéâtre à 10 heures, je priai Bouffe de Saint-Blaise de vouloir bien pratiquer la délivrance et l'injection intra-utérine consécutive.

La délivrance naturelle fut effectuée environ une demi-heure après.

Mais l'injection intra-utérine ne put être supportée.

Dès le début, et bien que Mme B... fût encore sous l'influence du chloroforme, une réaction violente se produisit : mouvements désordonnés, cris. Immédiatement on cessa l'injection.

Le pouls, qui jusque-là avait été normal, monta de suite à 130.

A midi et demi, je trouvais Mme B... plus calme, mais ayant la paroi *abdominale tendue et horriblement douloureuse.* Le moindre mouvement, la moindre pression exaspérait la douleur et faisait pousser des plaintes. Le pouls était redescendu à 96.

État nerveux. Vomissements fréquents dans la journée. Miction spontanée.

Le soir, température, 37°,6 ; pouls, 96. Toilettes faites à la solution phéniquée à 1 p. 200.

Même état douloureux toute la nuit. Vomissements plus espacés.

Le 5, à 8 heures du matin : t., 37°,5 ; P., 92. Les vomissements ont cessé. Toute la journée le ventre est aussi douloureux. Il y a

une hyperesthésie de toute la paroi. Malgré cela, l'enfant est mis au sein.

Le soir, sensation de froid, sans frisson. T., 37°,6 ; P., 94.

Nuit encore douloureuse.

Le 6 au matin, t., 38° ; P., 100.

Douleurs moins violentes. Malgré la température l'état général semble meilleur. Le lait coupé d'eau de Vals est bien supporté.

Avec mon collègue Dieulafoy, il est convenu que l'allaitement va être continué et que, si, le soir, la température monte, une injection intra-utérine sera pratiquée.

Le soir, à 6 heures, la température est à 39°,8, et le pouls est à 104.

J'envoie chercher ma sage-femme en chef, Mlle Roze, qui se met en devoir de pratiquer une injection intra-utérine avec une solution de biiodure à 1 p. 4.000 et chauffée à 37°. La canule fut introduite sans aucune difficulté, mais à peine un demi-litre avait-il pénétré dans l'utérus que ce dernier se contracta violemment. En même temps la malade poussa des cris, et sa respiration devint difficile. La canule fut immédiatement retirée. Le pouls était resté à 104.

Les douleurs abdominales sont telles que je crois devoir pratiquer une injection sous-cutanée de morphine. L'agitation persiste toute la nuit, et une deuxième injection de morphine doit être pratiquée. Salivation, état nauséeux, vomissements.

Le 7 au matin, T., 39°; P., 100. Ecoulement vaginal séro-sanguinolent sans aucune odeur. Pour la première fois, diarrhée paraissant sanguinolente. Selles toutes les dix minutes. Douleurs très vives dans la région de l'estomac et du côlon transverse.

Le soir, selles plus espacées et paraissant moins sanguinolentes. T., 39° ; p., 104.

Le 8 au matin, T., 38°,8 ; P., 100. Selles d'heure en heure, d'apparence normale. Eructations douloureuses. Muqueuse buccale œdématiée ; haleine fétide.

Avec le professeur Dieulafoy, nous pensons à une intoxication hydrargyrique, malgré le peu de liquide introduit dans l'utérus. On ajoute au lait de la décoction blanche de Sydenham et on suspend l'allaitement.

Le soir, T., 38°,8 ; P., 100. La nuit est agitée. Les mictions sont toujours spontanées et abondantes.

Le 9, T., 38°,5 ; P., 96.

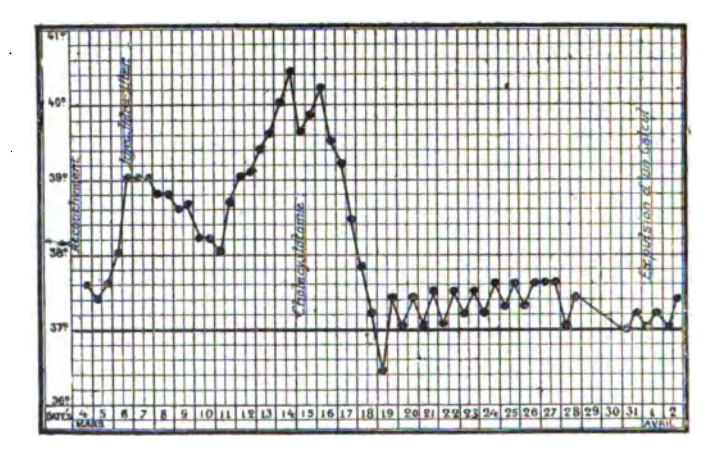
Pas de garde-robe. Ventre un peu moins tendu et moins douloureux. Dans l'après-midi, les selles se reproduisent toutes les deux heures et répandent une odeur infecte.

Le soir, T., 38°,7 ; P., 104.

Le 10 du matin, T., 38°,2 ; P., 98. Garde-robes toutes les deux heures. Les douleurs abdominales ont cessé, mais la moindre pression ne peut être supportée.

Le soir, T., 38°,1 ; P., 96.

Le 11 au matin, T., 38°,1 ; P., 96. Il y a depuis quelques heures une douleur spontanée et très vive au niveau de la fosse iliaque droite. État nauséeux et horripilation.



Le soir, T., 38°,7 ; P. 112. Nuit agitée. Garde-robes toutes les deux heures.

Le 12 au matin, T., 39° ; P., 112. Etat général plus mauvais, facies grippé.

Dans la journée, douleur plus violente dans le flanc droit, mais palpation impossible par suite de la douleur.

Le soir, T., 39° ; P., 112.

Une seule garde-robe la nuit.

Le 13 au matin, T., 39°,3 ; P., 112. Le ventre paraît moins tendu. Il est certainement moins douloureux. J'en profite pour pratiquer une palpation méthodique, qui me fait faire les constatations suivantes :

Tandis que tout me paraît normal dans la région sous-ombilicale, je perçois d'une façon nette la présence d'une tumeur au niveau de la région de la vésicule biliaire. Cette tumeur a le volume d'une grosse orange.

Au moment où je la perçois, la malade me dit : « *Vous tenez mon orange* ». Un peu stupéfié, je demande des explications et j'apprends que Mme B... a eu une première crise douloureuse avec maximum dans la région hépatique en septembre 1899 ; que de septembre 1899 à janvier 1900, c'est-à-dire en quatre mois, il se produisit une trentaine de crises semblables ; que pendant un voyage en Orient, de janvier à juillet, il n'y eut aucune crise et qu'enfin au mois d'août, alors que la grossesse était au troisième mois, il se produisit une dernière crise très bénigne.

Le doute n'était plus permis. Le diagnostic de cholécystite s'imposait. Immédiatement, je fis prévenir mon collègue Dieulafoy, qui, après examen, accepta et confirma mon diagnostic.

La famille ayant été prévenue de la nécessité et de l'urgence d'une intervention chirurgicale, notre collègue Hartmann fut appelé, et il fut décidé que l'opération aurait lieu le lendemain matin 15.

Pendant la journée du 14 la température était le matin à 40° et le soir à 40°,4. Le pouls resta aux environs de 112.

Le 15 au matin, une heure avant l'intervention, il se produisit un violent frisson et pour la première fois l'intelligence, qui était restée jusque-là intacte, fit place au *sub delirium*.

Je laisse maintenant la parole à mon ami Hartmann.

« Appelé le 15 mars 1901, le matin à 8 heures, auprès de Mme B..., je constatai une tuméfaction générale de l'abdomen ; dans la région épigastrique, s'étendant vers le rebord costal droit, une tuméfaction submate, assez difficile à délimiter, se confondant supérieurement avec la matité hépatique, douloureuse à la pression, particulièrement au niveau de la partie externe du grand droit, à droite. Le facies est septique, les conjonctives bulbaires présentent une très légère teinte subictérique. La malade répond assez mal aux questions ; sa température est de 40° ; son pouls à 110, bien frappé.

« En présence de ces symptômes, nous nous rallions à l'opinion émise par le professeur Pinard et par le professeur Dieulafoy ; et d'un commun accord nous décidons l'opération pour 11 heures et demie, le temps de préparer tout ce qui est nécessaire.

« Lorsque nous revenons à 11 heures et demie, la malade est dans le même état, un peu plus bas. Elle a eu à 10 heures un grand frisson.

« Après chloroformisation par mon interne, M. Leroy, je fais l'opération avec l'aide de mon autre interne, M. Prat.

« Une incision faite sur le bord externe du muscle droit, à droite, ouvre l'abdomen. Le foie déborde les côtes et remplit la région épigastrique. Le côlon et l'estomac, situés au-dessous de lui, lui adhèrent par des adhérences molles, récentes, que nous détachons facilement. Une fois le côlon et l'estomac libérés et abaissés, nous voyons au-dessous du foie une vésicule biliaire énorme, et dont les parois rigides sont épaissies et indurées.

« Une ponction, faite avec le trocart de Potain, évacue un liquide d'apparence bilieuse, verdâtre au début, peu à peu plus épais, plus trouble, et finalement franchement purulent.

« Ayant bien limité le champ opératoire avec des compresses stérilisées, nous incisons verticalement la vésicule et saisissons les lèvres de l'incision avec des pinces de Kocher, de manière à les attirer au dehors. Nous explorons avec le doigt l'intérieur de la vésicule et n'y trouvons pas de calcul. Comme l'état de la malade est très grave, nous jugeons inutile de poursuivre cette exploration, fixons la vésicule par des points non perforants au péritoine, puis par des points perforants aux deux lèvres, droite et gauche de la plaie. Un gros drain est placé dans la vésicule, deux mèches de gaze au-dessus et au-dessous; le reste de la plaie est réuni par une suture à étages. Injection sous-cutanée de 500 grammes de solution salée physiologique.

« L'état général reste mauvais pendant vingt-quatre heures, la température se maintenant entre 39° et 40°. Elle ne commence à baisser que le troisième jour, puis descend progressivement; en même temps, l'état général s'améliore, et la guérison se fait sans incidents. L'écoulement, peu abondant les premiers jours, devient beaucoup plus abondant le cinquième. A ce moment la bile sort en quantité par la plaie. Le cinquième jour, nous enlevons les mèches. Le dixième, en lavant le drain, nous trouvons un calcul biliaire du volume d'une petite noisette dans la plaie. L'écoulement au bout de quinze jours commence à diminuer. Au bout de six semaines, il cesse, et la plaie est complètement fermée.

« Des coupes, faites par M. Lecène sur un fragment de la vésicule excisée au cours de l'opération, ont montré les lésions suivantes : La muqueuse est très enflammée ; l'épithélium est presque partout desquamé ; le chorion de la muqueuse est envahi par une abondante prolifération de cellules embryonnaires et de leucocytes. Les couches musculaires sont également très infiltrées de cellules embryonnaires, qui forment des traînées entre les fibres musculaires. On note, en certains points, un certain degré de sclérose, caractérisée par la présence de bandes de tissu conjonctif adulte, ce qui semble bien indiquer qu'antérieurement aux accidents actuels, la vésicule était déjà atteinte d'inflammation passée à l'état chronique.

« Sur des coupes traitées par la thionine phéniquée de Nicolle, on voit, dans le chorion de la muqueuse et dans les vaisseaux, un grand nombre d'amas de bacilles rappellant par leur aspect le colibacille. »

Six semaines après l'intervention, Mme B... quittait Paris sans fistule biliaire et allaitant son enfant. Il y a quelques jours, elle me donnait les meilleures nouvelles de sa santé.

III

Fièvre typhoïde. — Accouchement prématuré. — Enfant vivant. — Cholécystite diagnostiquée et opérée 7 jours après l'accouchement. Guérison (1).

Par M. Doléris.

Femme de 22 ans, secondipare.

Première grossesse à 20 ans. Accouchement à terme, enfant vivant.

Dernières règles du 10 au 17 octobre.

Ayant des douleurs depuis quelques jours, elle entre à la maternité de l'hôpital Boucicaut le 30 juillet, à 6 heures du soir.

(1) *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 10 novembre 1902.

A son entrée, T., 38°,8. Membranes intactes. Col entr'ouvert. Sommet amorcé au détroit supérieur.

Le 31, l'état fébrile s'accentue : T. m., 38°,5 ; s., 39°,2. On lui donne deux bains dans la journée et 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

A 9 h. 45 du soir, elle expulse spontanément un enfant vivant pesant 2.600 grammes. Délivrance normale.

Aussitôt après l'accouchement, la femme se sent beaucoup mieux. T., 37°,4.

1er *août*. — T., 39°,4 le m. ; 40°,1 le s.

2. — T., 39°,5 le m. Douleurs abdominales surtout à la pression. Un curettage est pratiqué. La curette ne ramène que quelques caillots. Pansements utérins (mèche créosotée).

Le s., T., 40°,1 ; dans la nuit, à 1 heure du m., 37°,8. Les douleurs abdominales sont moins vives.

3. — Diarrhée constante. T., 38°,5 le m., 39°,3 le s.

4. — Mauvais état général. T., 39°,4 le m. ; 40°,4 le s. On pense à la fièvre typhoïde.

5. — Diarrhée persistante. Rate grosse. Taches rosées lenticulaires. Le diagnostic de fièvre typhoïde est affirmé. La malade est passée dans le service de M. Letulle.

7. — Le séro-diagnostic fait par le chef de laboratoire de M. Letulle, M. Weinberg, est positif.

Ce même jour, état général grave. Vomissements bilieux. Constatation d'une tumeur douloureuse dans la région de la vésicule biliaire.

Le diagnostic de cholécystite au cours de la fièvre typhoïde est posé. La malade est repassée à la maternité, où elle est laparotomisée par M. Malartic, à 3 heures de l'après-midi. M. Malartic ouvre la vésicule biliaire, qui contient un demi-verre de bile très trouble, purulente. Fixation de la vésicule à la paroi et drainage.

Le soir de l'opération, T., 37°,2; P., 154. Mauvais état général. Extrémités froides, caféine et 1.000 grammes de sérum artificiel en injections sous-cutanées.

La nuit est assez bonne, pas d'agitation, mais la femme sommeille très peu.

8. — Température, matin : 38,°4 ; soir : 38°,4. Pouls : 140.

L'aspect de la malade est plutôt meilleur, langue rouge moins grillée ; les vomissements toujours verdâtres, continuent, mais un peu moins abondants ; néanmoins, les boissons ne sont pas gardées. On la met à la diète hydrique.

Sérum hypodermique, matin : 300 grammes ; 4 heures soir : 500 grammes ; 10 heures, soir : 500 grammes = 1. 300 grammes.

Deux seringues de caféine.

Pas de garde-robe. Urine peu et souvent. Pas de lochies. De temps à autre la respiration est plus difficile ; on lui donne de l'oxygène. Nuit bonne.

9. — État général meilleur. Plus de vomissements ni diarrhée. Langue bonne. Urines recueillies de 8 heures du soir à 8 heures du matin : 500 grammes. Une garde-robe.

Temp. du matin : 38°. Pouls : 140. Temp. du soir : 39°,6. Pouls : 140.

Sérum hypodermique : 500 grammes. Une seringue de caféine. Enveloppements froids toutes les trois heures. Agitation assez grande le soir. Nuit assez bonne.

10. — Facies rouge, yeux excavés. Complication du côté des poumons (30 ventouses). Deux garde-robes un peu liquides, noirâtres, très fétides. 500 grammes d'urine recueillies de 8 heures du soir à 8 heures du matin. Pas d'albumine.

On continue les enveloppements froids toutes les trois heures.

Température, matin : 39°,6. Pouls : 132. Soir, 40°. Pouls : 140.

Nuit bonne, sommeil.

11. — L'état général paraît s'améliorer.

Température, matin : 39°. Pouls : 132. Soir, 39°,2. Pouls : 120.

12. — Température matin : 38,6°. P. : 102. Soir : 38°,8. P. : 120.

Le soir, la malade paraît très agitée, la figure est rouge, les yeux brillants ; on prend la température à 9 heures ; elle est à 40°. On renouvelle le pansement. 400 grammes de sérum lui sont faits.

13. — Mieux sensible. Diarrhée moins fréquente.

14. — Grande amélioration. Deux enveloppements froids dans la soirée. La malade a reposé toute la nuit.

Du 15 au 26, la température oscille encore de 39°,6 à 38° ; le pouls, de 136 à 104 ; les enveloppements froids sont continués pendant cinq jours ; puis, la malade se rétablissant, on les cesse.

Le 26 au matin, la température descend à 37°,2, elle se maintient le soir, remonte le lendemain soir à 37°,6, de même le surlendemain, et descend finalement pour osciller entre 36°,5 et 37°.

Le pouls lui aussi subit une descente, mais plus lentement : il oscille pendant neuf jours entre 90 et 120, puis descend à 84.

La malade prend un peu de potage le 2 septembre (35e jour après l'accouchement, 25e jour après l'opération), puis reprend progressivement son alimentation.

5 *octobre*. — On touche au thermo-cautère, afin de détruire les adhérences existant au niveau du canal cystique.

7. — Quelques pointes de feu sont renouvelées.

A partir du 15 octobre, on touche la petite fistule avec des tampons de chlorure de zinc.

J'ai fermé la fistule quelques semaines plus tard. La malade est sortie définitivement guérie.

Quant à l'enfant, il pesait le jour de son départ, le 22 octobre, 4.420 grammes.

L'étude bactériologique du liquide que renfermait la vésicule biliaire ouverte par M. Malartic a été faite par M. Weinberg.

L'examen direct du liquide, les ensemencements sur gélose et sur bouillon ont révélé la présence du bacille d'Eberth.

Avec la culture en bouillon de ce liquide on a pu faire le sérodiagnostic de la malade et de deux autres malades atteintes de fièvre typhoïde avérée.

La réaction de l'indol dans la culture en bouillon a été négative.

Conclusion de M. Weinberg : Il s'agit évidemment du bacille d'Eberth.

IV

Cholécystite suppurée simulant les vomissements de la grossesse et terminée par le syndrome de la méningite cérébro-spinale (1).

Par M. P. Le Gendre.

La malade avait 34 ans ; elle était entrée dans mon service à Tenon pour des vomissements, n'ayant pas eu ses règles depuis deux mois et présentant des symptômes nerveux de nature à faire admettre un début de grossesse. Les antécédents pathologiques étaient nuls ; aucune douleur du côté du foie ni de l'estomac. A part une légère antéflexion de l'utérus, l'exploration de tous les viscères ne révéla rien d'anormal.

Les vomissements étaient surtout alimentaires, non douloureux, mais incoercibles par les moyens employés jusque-là ; ils cédèrent

(1) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 6 mars 1903.

cependant après des lavages de l'estomac, qui nous parurent avoir agi plutôt par suggestion, car ils n'avaient pas décelé de stase gastrique. La malade sortit, mais pour rentrer un mois plus tard, vomissant de nouveau d'une façon incessante.

Cette fois les vomissements n'étaient plus seulement provoqués par l'ingestion d'aliments, ils étaient spontanés et bilieux, s'accompagnaient d'anorexie. La malade n'accusait pas de douleur ; la palpation et la percussion de l'abdomen, qui était plutôt plat que tendu, ne révéla rien d'anormal dans la sensibilité, dans les dimensions, ni dans les rapports des viscères ; le foie, notamment, ni la région cystique ne nous parurent en rien suspects, pas plus que la région appendiculaire. Il n'y avait pas de fièvre le jour de l'entrée, mais le teint était jaunâtre, et le facies quelque peu grippé. Les urines ne contenaient pas de pigment biliaire, mais un peu d'albumine.

La température commença à s'élever dès le lendemain et progressivement de 37 à 40°, et le pouls de 100 à 120 en l'espace de cinq jours, pendant lesquels se groupèrent rapidement les symptômes suivants : constipation, incontinence d'urine, raideur de la nuque, strabisme, inégalité pupillaire, signe de Kernig avec ponction lombaire décelant de nombreux lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien. La mort survint dans le coma, six jours après l'entrée à l'hôpital et le début de la fièvre, sans qu'à aucun de nos examens, M. Bertier, mon interne, ni moi, eussions constaté un signe de nature à nous faire supposer un état pathologique des voies biliaires ni du foie.

Or, à l'autopsie, nous avons trouvé, du côté des centres nerveux, une hyperémie extrême des méninges craniennes et rachidiennes et de la substance corticale du cerveau, sans exsudats purulents. En outre de la vésicule biliaire, au-devant de laquelle les anses intestinales voisines étaient légèrement agglutinées par de faibles adhérences récentes, on retira un verre à liqueur de pus, un calcul gros comme une noix à l'entrée du canal cystique et un petit nombre de calculs jaunâtres à facettes.

A part un état congestif de la base des poumons, un foie assez gras, une rate un peu augmentée de volume, molle et friable, et des reins mous et jaunâtres, l'examen des autres viscères ne nous apprit rien de plus que cette cholélithiase avec cholécystite purulente et cet état congestif diffus des centres nerveux.

V

Cholécystite calculeuse au 6e mois de la grossesse. Cholécystotomie. — Guérison. — Accouchement à terme (1).

Par M. Barrillon.

Il s'agit d'une secondipare de 33 ans, fille de rhumatisants, qui habite l'Algérie depuis 1885. Elle a eu en 1886 une grossesse normale, qui s'est terminée par la naissance d'une fille actuellement vivante et bien portante.

Mme C... n'a pas d'antécédents pathologiques personnels ; tout au plus peut-on noter l'existence passagère de quelques douleurs gastriques, sans ictère, sans fièvre, ébauches légères de coliques hépatiques antérieures.

Elle est bien réglée habituellement ; ses dernières règles datent de mars 1900. Pendant les 3 premiers mois de la grossesse, aucun malaise à signaler. Dans le courant de juillet, Mme C... est prise de douleurs abdominales violentes et de poussées fébriles qui s'accusent surtout au moment du maximum des douleurs. Le 22 juillet, elle voit apparaître de l'urticaire, se plaint du prurit intense qu'elle éprouve depuis quelques jours et consulte, à Douéra, le docteur Babilée.

Le 22 juillet « la langue est saburrale, les conjonctives sont légèrement subictériques ; les urines, foncées et rougeâtres, donnent, quoique faiblement, la réaction de Gmelin. La matité hépatique normale en haut descend à 2 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. » M. le docteur Babilée lui prescrit un traitement médical, qu'elle suit chez elle.

Dans le courant du mois d'août, les douleurs abdominales s'accusent plus violentes et plus constantes. La malade est obligée de s'aliter ; les urines sont rares. Le maximum des douleurs est localisé à l'hypocondre droit et à la région lombaire, l'appétit est nul, les selles sont irrégulières ; il y a tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation.

(1) *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance de mars 1903.

M. le docteur Verhaeren (d'Alger) est appelé par la malade; des injections de morphine, le repos, le régime lacté, l'antisepsie intestinale sont ordonnés.

Dans les premiers jours de septembre, l'état paraît plus sérieux, la fièvre est pour ainsi dire continue, avec rémissions passagères, entrecoupée de frissons violents, qui se produisent plusieurs fois dans la journée, et surtout le soir. La température, qui est le matin au minimum à 38°, monte après le frisson à 39°,8-40°. Le frisson est suivi d'une prostration complète; la peau, sèche et chaude après le frisson, se couvre ensuite d'une sueur abondante.

L'heure d'apparition des accès, qui se montrent surtout dans la soirée, le manque de périodicité de cette fièvre intermittente, qui se montre rebelle à la quinine, empêchent de penser à des accès de fièvre paludéenne.

Appelé pour la première fois par la malade (le 9 septembre), pendant une absence de M. le docteur Verhaeren, au moment d'un de ces frissons accompagnés de douleurs abdominales violentes, j'assiste à une partie de la crise, qui me paraît franchement d'origine hépatique; j'insiste auprès de la malade pour la continuation exacte du traitement institué par mon confrère.

Le 11 septembre, M. le docteur Verhaeren et moi, nous voyons ensemble la malade. Les téguments sont d'un jaune vert très intense, les conjonctives sont ictériques; sur le corps existent des lésions de grattage et quelques taches de purpura; la langue est sale, couverte d'un enduit saburral très épais; les urines sont rares, fortes en couleur, presque noires; les selles sont grisâtres. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Sur le bord externe du muscle grand droit, à droite et au-dessus de la limite du bord du foie, nous trouvons une tumeur ovoïde, dure, régulière, ressemblant à un rein, douloureux à la palpation, de la grosseur d'une orange, descendant un peu au-dessous de l'ombilic, et paraissant en continuation, d'une part, en haut, avec le foie, d'autre part, en bas, avec l'utérus, qui atteint presque l'ombilic. La matité hépatique se continue avec la matité de cette tumeur.

Tout l'abdomen est sensible, mais la douleur est surtout accusée au voisinage de la tumeur. La rate paraît augmentée de volume; l'utérus, dont les dimensions paraissent en rapport avec l'âge de la grossesse (5 mois), ne présente rien d'anormal; les bruits du cœur fœtal et les mouvements actifs sont perçus.

Nous nous arrêtons, mon confrère et moi, au diagnostic de *cholélithiase, d'ictère par rétention* et de *distension exagérée de la vésicule biliaire* chez une femme enceinte de 5 mois environ.

Inquiets de cette fièvre rémittente, qui paraît nettement en rapport avec les phénomènes observés du côté du foie et de la vésicule, nous attendons, pour proposer une intervention tendant à désobstruer les voies biliaires, qu'un examen de 2 ou 3 jours nous renseigne sur la quantité d'urines émises dans les 24 heures, et sur la possibilité d'une infection ascendante des voies biliaires.

Du 11 au 15 septembre, la quantité moyenne des urines a varié de 700 à 800 grammes par 24 heures. Soumises à l'analyse, elles présentaient de l'albumine en faible quantité, des pigments biliaires ; le taux de l'urée était de 15 grammes par litre.

Le 15 septembre, les symptômes ne se sont pas amendés ; la vésicule est toujours aussi distendue ; l'intervention chirurgicale est proposée et acceptée. Le 16, la malade est transportée à la maison de santé de M. le docteur Babilée, et nous l'opérons, M. le docteur Babilée et moi, le 17 septembre 1900.

Laparotomie verticale latérale, exploration externe de la vésicule et du foie, ponction évacuatrice de la vésicule, cathétérisme des voies biliaires avec une bougie flexible, suture des lèvres de l'incision vésiculaire à la paroi abdominale, suture de la plaie abdominale dans le reste de son étendue, pansement : tels furent les différents temps de notre opération.

Le foie était lisse, volumineux, de teinte verdâtre, libre de toute adhérence, ainsi que la vésicule.

La vésicule piriforme mesurait environ 16 centimètres de long ; son plus grand diamètre était de 8 centimètres. A l'incision les parois en sont épaissies, rougeâtres ; elle contient environ 200 grammes d'une bile verdâtre très épaisse et un calcul mûriforme de couleur rouge acajou, de 5 à 6 millimètres de longueur sur 4 millimètres d'épaisseur. Le cathétérisme, assez difficile, ne nous a pas montré la présence d'autres calculs.

Malgré la perméabilité du cholédoque, nous n'avons pas fait la cholécystotomie idéale parce qu'il nous a semblé que, dans la circonstance, la cholécystotomie présentait moins de danger pour l'opérée enceinte ; parce que la fistulisation paraissait mettre la malade en garde contre les accidents ultérieurs possibles.

Les suites de l'opération ont été très simples, l'écoulement bi-

liaire se faisait en partie par les voies naturelles, en grande partie par la fistule cutanée. Dès le surlendemain les selles se coloraient, la fièvre tombait, et les douleurs abdominales disparaissaient; peu à peu les urines, plus abondantes (1.000, 1.100, 1.200 grammes), reprirent leur teinte normale, et la malade revint à B... le 28 octobre 1900, 41 jours après l'intervention.

L'état général est aussi satisfaisant que possible. Pendant les deux mois d'octobre et de novembre la fistule biliaire seule nécessite des pansements, d'autant plus fréquents qu'il se fait autour de la plaie une irritation des tissus et que le terme de la grossesse approche.

Le 5 décembre, Mme C... accouche spontanément d'une enfant du sexe féminin pesant 3 kgr. 250 et qui s'était présentée en occipito-iliaque droite. Placenta normal de 570 grammes.

Pendant l'accouchement la fistule biliaire et la cicatrice de la laparotomie n'ont pas souffert des efforts d'expulsion.

Les suites de couches furent marquées par une élévation thermique passagère à 38°,5 le 6e jour, élévation de température en rapport avec de la constipation.

L'enfant fut mise en nourrice, et la mère se leva au 14e jour, bien portante, ne conservant de l'intervention qu'elle avait subie que l'ennui d'une fistule biliaire gênante, sans doute, mais susceptible d'occlusion spontanée ou opératoire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 20 octobre 1902.

M. Couvelaire. — **Kyste du vagin observé et traité pendant la puerpéralité** (1).

M. Pinard. — **Cholécystite pendant la puerpéralité** (2).

MM. Guinon et Coffin. — **Un cas de scorbut infantile.** — Il s'agit d'un enfant de 10 mois, qui depuis l'âge de 2 mois n'avait pris aucun aliment voisin de l'état naturel; il avait été nourri avec un lait stérilisé à température peu élevée dans une atmosphère d'oxygène. Il présenta les signes caractéristiques du scorbut infantile. Très rapidement sous l'influence du traitement (lait de vache cru, purée de pommes de terre, jus de raisin, eau additionnée de jus de citron) cet enfant revint à la santé.

M. Guinon conclut que « le lait stérilisé donné absolument seul, sans correction par un aliment naturel, peut, dans certaines conditions encore indéterminées, produire le scorbut infantile ».

M. Pinard. — Le lait stérilisé reste pour les premiers mois un adjuvant utile. Plus tard, il devient insuffisant, et l'enfant a besoin d'une nourriture plus vivante.

Séance du 10 novembre 1902.

M. Hartmann. — **Cholécystite pendant les suites de couches.** — Après avoir relaté la partie opératoire de l'observation présentée par M. Pinard dans la séance précédente, M. Hartmann montre

(1) Communication publiée dans les *Annales*, mars 1903, p. 166.
(2) Communication publiée plus haut, p. 278.

que déjà bien des femmes et des enfants doivent la vie à la doctrine qui n'admet plus la péritonite essentielle pendant la grossesse. Il rapporte deux observations personnelles de tumeurs des annexes à pédicule tordu opérées avec succès pendant la grossesse. L'un de ces cas, déjà publié dans les *Annales de gynécologie* (1898, t. II, p. 167), simulait une appendicite grave. L'autre, inédit, simulait une rupture de grossesse tubaire. La laparotomie permit de constater et d'extirper un kyste parovarien dont le pédicule était tordu de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre.

La femme guérit, et sa grossesse continua sans incident.

M. Doléris (1).

M. Pinard. — L'observation de M. Doléris montre que les accidents qui surviennent pendant les suites de couches ne relèvent pas toujours, tant s'en faut, de l'infection utérine. Le séro-diagnostic a déjà permis, ainsi que l'a déjà montré M. Lepage, de dépister des fièvres typhoïdes à évolution atypique pendant le post partum.

M. Potocki. — **Sur une variété insolite de grossesse extra-utérine abdominale dans laquelle il existait une communication directe entre la cavité utérine et le kyste fœtal** (*note additionnelle*) (2).

L'examen du fond de l'utérus pratiqué par M. Couvelaire a montré qu'il était tapissé par une muqueuse ne présentant aucune des modifications qui lui donnent le type décidual. On n'y trouve comme altérations qu'une légère hyperplasie glandulaire et quelques suffusions sanguines.

M. Potocki élimine les hypothèses de grossesse interstitielle ou de grossesse dans une corne rudimentaire d'un utérus bicorne, car les deux cornes utérines ont été retrouvées normales en étudiant par coupes sériées l'utérus perforé.

Il pense que la solution de continuité de la paroi utérine existait avant la grossesse et qu'elle est vraisemblablement consécutive à l'opération pratiquée antérieurement sur cette femme. L'œuf fécondé se serait greffé à l'orifice péritonéal d'un trajet fistuleux creusé à travers la paroi utérine.

M. Potocki rappelle le cas de Kœberlé et surtout celui de Lecluyse (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 18·9, III, 403-422),

(1) Communication publiée plus haut, p. 285.

(2) Voir séance du 12 mai.

dans lequel la fistule résultait d'une plaie utérine produite par une section césarienne.

M. Doléris ne pense pas qu'il ait été jamais fait mention d'une plaie de l'utérus restée ouverte.

M. Legueu ne comprend pas comment une intervention chirurgicale a pu laisser un trou aussi grand sans jamais donner lieu à des accidents, surtout pendant les règles.

M. Potocki. — L'existence des fistules utérines après des hystérectomies et des opérations césariennes est incontestable.

Séance du 8 décembre 1902.

M. Rudaux. — Présentation d'un enfant de 6 mois chez qui on constate une **amputation congénitale des quatre membres.**

MM. Porak et Durante. — 1° **Un cas de péritonite avec exsudation concrète cireuse chez le nouveau-né.** — Enfant débile, de 1.460 grammes, chez lequel évoluèrent, sans abaissement et sans élévation de température, des lésions infectieuses de la peau et de l'ombilic. Il mourut le 15e jour, et à l'autopsie on trouva une péritonite aiguë; mais au lieu d'exsudation de sérosité et de fibrine, il s'était effectué dans le péritoine de cet enfant une exsudation graisseuse. La formation de concrétions cireuses au cours d'une péritonite aiguë n'a pas encore, à la connaissance des auteurs, été signalée dans la littérature.

2° **Ulcération et perforation du côlon transverse; péritonite limitée chez un enfant mort le 10e jour.** — Il s'agit d'une colite limitée sans altération du reste du tube digestif. L'ulcération, dont les bords sont aussi nets que ceux de l'ulcère rond, intéresse le bord postérieur et la face postéro-supérieure de la portion moyenne du côlon transverse. Elle envahit la musculeuse et entraîna la nécrose et la perforation de cet intestin. Il n'y avait pas d'entérite. La lésion semble d'origine vasculaire. Il s'agirait donc d'une infection sanguine à localisation exceptionnelle.

3° **Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle chez le nouveau-né.** — L'enfant pesait 1.730 grammes et mourut le jour de sa naissance. Les lésions portaient sur le tiers inférieur de l'intestin et consistaient en hémorragies dans la musculeuse et la sous-muqueuse dissociant la musculeuse et permettant une hernie

et une rupture de la muqueuse. Les lésions hémorragiques relevaient d'une endo-périartérite.

4° **Appendicite et péritonite aiguë chez un nouveau-né de 21 jours.** — L'enfant, débile, a présenté de l'infection ombilicale et des abcès sous-cutanés consécutifs à des piqûres de sérum. A l'autopsie, on constata une péritonite aiguë généralisée. Le maximum des lésions siègeait dans l'appendice, dont l'extrémité était nécrosée. Il s'agirait d'une infection par voie sanguine à porte d'entrée ombilicale avec localisation à l'appendice. Cet enfant a présenté pendant les 2 jours qui ont précédé la mort l'ascension brusque de poids déjà étudiée par Durante dès 1898.

M. Pozzi. — **Hernie de la trompe dans le vagin au niveau d'une cicatrice opératoire d'hystérectomie vaginale.** — Obs. 1. — *Hernie de la trompe dans le vagin au niveau d'une cicatrice opératoire d'hystérectomie vaginale pratiquée le* 12 *novembre* 1901 *pour petits fibromes multiples très douloureux.*

Quelques jours avant de quitter la maison de santé (soit 25 à 30 jours après l'opération), la malade a commencé à ressentir des douleurs très vives dans l'abdomen et a perdu abondamment en blanc.

Ces phénomènes disparaissent, et elle peut partir pour Montluçon en bonne santé. Le lendemain de son arrivée, à la suite d'une injection vaginale, la malade est prise de coliques très violentes accompagnées de nausées. Ces douleurs durent 17 heures.

Un mois après, les mêmes accidents se reproduisent après une injection vaginale.

La malade reste 4 mois sans crise ; dans le courant du mois de mai 1902, elle eut quatre crises, trois à la suite d'injections et une après un bain.

A partir du mois de mai, apparition de pertes blanches abondantes, qui augmentent surtout après le mois de juillet. Le liquide était clair, quelquefois teinté de sang ; il est assez abondant pour traverser le linge dont la malade se garnit. (Il semble qu'il y ait là une véritable hydrorrhée péritonéale.) En août et en septembre, les pertes deviennent odorantes.

Enfin, les crises se reproduisent assez souvent et toujours à la suite d'injections vaginales. Le 2 octobre 1902, à la suite d'un examen, la malade a présenté une hémorragie abondante qui a duré 8 à 10 jours.

Ces coliques ont toujours présenté les mêmes caractères : les douleurs étaient très vives. Elles s'accompagnaient de nausées, mais sans vomissements ; il ne semble pas qu'il y ait jamais eu de fièvre. Il faut enfin signaler que ces crises se terminaient par une évacuation abondante de gaz qui soulageait la malade immédiatement.

Au toucher, on sent au niveau de la cicatrice située au fond du vagin une saillie molle polypiforme. A l'examen au spéculum, on voit qu'il s'agit bien évidemment du pavillon de la trompe procidente entourée de toutes parts par la cicatrice. Le toucher n'est pas douloureux, et le palper bimanuel permet de sentir que les culs-de-sac sont parfaitement souples et indolores.

Opération (24 octobre 1902). — On saisit la trompe avec des pinces plates et on l'excise au ras de la cicatrice. Le suintement sanguin est modéré. Le toucher, pratiqué aussitôt, permet d'introduire le doigt profondément dans l'orifice (qui semble fait à l'emporte-pièce).

La trompe formait donc bouchon ; à ce niveau on s'abstient de toute injection et on place une mèche de gaz stérilisée de 3 centimètres dans l'orifice.

Examen de la pièce. — La trompe offre un aspect normal ; elle est un peu épaissie. Le pavillon n'est pas oblitéré. On y introduit un stylet. Le canal tubaire est légèrement contourné.

La longueur totale de la partie enlevée est de 4 centimètres 1/2.

La malade a guéri sans incident de cette deuxième intervention.

OBS. II. — *Hystérectomie vaginale pour fibromes multiples* (350 *grammes*), *avec élongation de la partie sus-vaginale du col de l'utérus en rétroflexion chez une femme de* 37 *ans, stérile.*

Les suites opératoires furent des plus simples. La malade quitte l'hôpital avant la cicatrisation complète, et malgré l'avis des médecins. Elle présentait en effet, au niveau de la partie droite de la cicatrice vaginale, un gros bourgeon charnu saignant facilement.

La malade fut soignée chez elle pendant plusieurs semaines ; la plaie vaginale, soigneusement lavée, était pansée avec de la gaze stérilisée imbibée de vin aromatique.

Malgré ce traitement, le bourgeon charnu persistait ; mais il n'était plus sanguinolent. Un examen attentif fait avec le spéculum montra qu'il s'agissait du pavillon d'une trompe prolabée dans le vagin, où elle faisait une hernie de 2 à 3 centimètres.

On fit deux ou trois tentatives de cautérisation au crayon de nitrate d'argent; l'une de ces cautérisations fut suivie de douleurs abdominales très violentes. Ces tentatives ne furent pas renouvelées.

Par l'examen vaginal combiné au toucher, on sentait nettement que ce fongus faisait partie des annexes du côté droit.

Le pavillon de la trompe herniée dans le vagin persista pendant plus d'un an, mais il avait une tendance manifeste à diminuer de volume et semblait s'enfoncer peu à peu dans un infundibulum du fond droit du vagin. Les douleurs pelviennes diminuèrent, et la malade ne se plaignait pas spécialement de cette anomalie. Elle n'a jamais présenté d'accidents après les injections vaginales, ni après les bains. Il faut noter cependant que le toucher restait toujours très douloureux à ce niveau.

La malade ne fut point revue pendant deux ans; vers cette époque elle vint consulter pour des troubles gastriques et des troubles d'asthénie très prononcés. L'examen vaginal montra qu'il existait dans la partie latérale droite de la cicatrice une sorte de cul-de-sac, limité par un repli falciforme. Le doigt introduit profondément constate l'absence de tout bourgeon charnu.

Cette malade est revue le 8 décembre 1902 par M. Pozzi. On constate au toucher qu'il existe toujours, au fond du vagin, une fossette assez profonde; mais son fond est absolument lisse. Le toucher à ce niveau est très sensible et provoque des douleurs abdominales, dues certainement à des adhérences.

Il semble qu'il se soit fait à ce niveau un travail de rétraction qui a recouvert le pavillon hernié d'une couche cicatricielle.

M. Legueu. — Ces faits sont intéressants et rares. Pasteau a communiqué à la Société anatomique, en 1894, une observation analogue : il s'agissait d'un polype qu'on trouvait au fond du vagin, et qui était constitué par une trompe éversée.

M. Pinard. — **Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse.** — Il s'agit d'une secondipare de 36 ans, qui, en 1896, était accouchée prématurément à 7 mois d'un enfant vivant qui mourut au bout de 6 jours. Elle avait eu, depuis le troisième mois de sa grossesse, des métrorragies.

Dernières règles, 5-13 septembre 1901.

Dans les premiers jours de décembre, métrorragie. Elle perdit

du sang pendant une quinzaine de jours, garda le lit pendant trois semaines, puis reprit son service (elle est surveillante du service de M. Barth), qu'elle continua très alertement jusqu'au 27 mai.

Elle se portait très bien et, lors de son entrée à la clinique, elle ne signala même pas que, souvent, depuis 5 ans, mais surtout depuis le début de sa 2e grossesse, elle souffrait dans le bas-ventre à droite. C'était une douleur assez vive survenant brusquement et cessant, d'ailleurs, au bout de quelques minutes. Le siège exact de la douleur était la région inguinale.

Le jeudi 5 juin, à 5 heures du matin, très brusquement, elle est prise d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et de nausées; elle a en même temps des envies fréquentes d'uriner. Elle est envoyée à la clinique Baudecloque avec le diagnostic d'appendicite probable.

A son entrée : T., : 36°,6; P., : 60. Etat général bon. Pas de dyspnée. Un peu d'anxiété dans le regard. Pas de météorisme. Ventre souple. Pas de défense musculaire. Pas d'hyperesthésie cutanée. Le palper de la fosse iliaque détermine dans une région large comme une pièce de 5 francs une douleur très vive. Cette zone douloureuse correspond à peu près à la région dite de Mac Burney.

La douleur subjective siège dans la région inguinale et la grande lèvre droite, dans la région lombaire iliaque droite et dans la fosse iliaque. La femme insiste surtout comme douleur subjective sur le trajet inguinal.

Le diagnostic d'appendicite est éliminé, et M. Pinard, ne constatant la présence d'aucune tumeur, pensant à des accidents de colique peut-être néphrétique, ne trouvant pour l'instant aucune indication opératoire, se contente d'attendre en observant minutieusement les symptômes.

Le 9, apparaissent des symptômes nouveaux : Etat nauséeux· Vomissements porracés. Météorisme abdominal considérable. Diarrhée. La malade rend des gaz par l'anus. Pas de défense musculaire. La douleur ne s'est pas modifiée. Teinte subictérique. Les urines acajou renferment un peu d'albumine et des pigments biliaires. T., 36°,6; P., 104 Nez pincé. Facies anxieux. Il y aurait eu quelques contractions utérines douloureuses (?). Le col, non effacé, est entr'ouvert ; l'enfant est vivant.

En présence de cette réaction péritonéale, M. Pinard décide qu'il aut intervenir et le plus rapidement possible. Il décide :

1° Que l'évacuation de l'utérus sera faite séance tenante et avec le minimum de trauma (dilatation manuelle, forceps) ;

2° Qu'après l'évacuation de l'utérus on pratiquera la laparotomie.

A 11 h. 40 du matin, sous chloroforme, M. Pinard commence la dilatation manuelle du col.

A midi, rupture de la poche (liquide opalescent) et application de forceps.

Extraction d'un enfant pesant 3.130 grammes et qu'on ne peut ranimer. Délivrance artificielle. Durée totale de l'intervention : 1h.10.

Réveil sans incident. Pas de vomissements. La femme se sent bien.

A 4 heures du soir, température : 37° ; pouls : 120. Elle a rendu des gaz.

A 6 h. 25, T., 36°,8 ; P., 120. Le ventre est souple, non météorisé, non douloureux.

Devant tous ces signes négatifs M. Segond hésite et ne prend le bistouri que sur l'invitation formelle de M. Pinard.

A 7 h. 20, laparotomie médiane sous chloroforme par M. Segond.

Il était convenu que la laparotomie serait médiane, qu'on explorerait la fosse iliaque, les annexes et, enfin, en dernier ressort, la vésicule.

L'exploration de la fosse iliaque droite permit de reconnaître immédiatement une tumeur du volume d'une orange : c'est la trompe droite hydropique qui s'était tordue deux fois sur son pédicule en sens inverse des aiguilles d'une montre. Il y a un peu de péritonite plastique sur la poche, dont la paroi ecchymotique est noire. L'intestin est légèrement météorisé, l'épiploon congestionné. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Ce dernier, non apoplectique, est de volume normal.

Suture en un plan. Pas de drainage.

Suites apyrétiques, mais ictère intense qui n'a disparu que le 15 juin.

Ce fait démontre une fois de plus l'influence de la puerpéralité en général et de la grossesse en particulier sur la torsion des tumeurs abdominales pédiculées.

Il prouve *que, chez toute femme enceinte, lorsque des symptômes péritoniques se montrent avec évidence, un seul traitement s'impose aussi urgent que nécessaire : le traitement chirurgical.*

Si, dans cette circonstance, M. Pinard a cru devoir faire précéder la laparotomie de l'évacuation de l'utérus, c'est que, d'une part, le volume de l'utérus (grossesse près du terme) et le météorisme de l'intestin, d'autre part, étaient si développés qu'on se serait heurté à de grandes difficultés pour examiner le contenu de la cavité abdominale et pour refermer le ventre. Il est bien entendu que, dans tous les cas où on pourra pratiquer la laparotomie dans de bonnes conditions, sans provoquer l'évacuation de l'utérus, cela sera infiniment préférable.

Suite de la discussion sur la communication de M. Pinard concernant la cholécystite pendant la puerpéralité. — M. Routier présente deux observations qui ne sont pas, à proprement parler, des cas de cholécystite au cours de la grossesse, mais des cas dans lesquels la grossesse a semblé être la cause occasionnelle des accidents de cholécystite.

Dans la première il s'agit d'une femme de 32 ans, qui avait eu de fréquentes crises de coliques hépatiques ; elle accoucha à terme vers la fin de février 1898, mais eut des accidents consécutifs, de la fièvre puerpérale et une double phlébite. Elle était à peine remise quand, dès les premiers jours de juin, elle fut reprise de douleurs du côté de la vésicule biliaire, avec cependant des sensations différentes de celles qu'elle ressentait dans ses crises précédentes de coliques. Fièvre, 38°-39°,4. Pas d'ictère, urines claires, vomissements rares.

Tuméfaction diffuse très douloureuse de la région de la vésicule.

Le 16 juin 1898, laparotomie : incision parallèle et à travers les fibres du droit de l'abdomen, au niveau de la tuméfaction.

Le péritoine est épaissi, jaune ; une grosse collection purulente à pus phlegmoneux, avec 60 calculs gros comme des noyaux de cerises, est ouverte ; la vésicule présente des rétrécissements nombreux. Nettoyage et drainage. Guérison.

Depuis elle eut un autre enfant, puis une fausse couche, et enfin deux accès de coliques hépatiques.

Dans un second cas, il s'agit d'une femme de 29 ans déjà opérée le 3 avril 1901 pour une grossesse tubaire rompue.

Elle s'était plainte en même temps de douleurs au niveau de la vésicule, et avait eu, du reste, des coliques hépatiques en 1899. Tout s'apaisa cependant.

Mais, en juillet, elle revenait avec de la douleur à la vésicule ; M. Routier l'opéra le 5 août et put extraire la vésicule, contenant un liquide louche et quatre gros calculs biliaires. Elle a parfaitement guéri.

M. Wallich. — **Rapport sur une observation de M. Rudaux intitulée : « Présentation du front, rupture du segment inférieur de l'utérus. »**

Il s'agit d'une femme de 31 ans, à bassin petit (promonto-sous-pubien, 10 cm. 4), déjà accouchée une première fois à l'aide d'une application de forceps. Elle était en travail depuis 16 heures. Tentatives de manœuvres faites en ville. Mort de l'enfant pendant le travail coïncidant avec l'arrêt de contractions utérines. Basiotripsie. Extraction d'un enfant de 3.410 grammes sans matière cérébrale. Délivrance artificielle 1 h. et demie après l'extraction et constatation d'une rupture utérine sous-péritonéale. Laparotomie par M. Ribecourt-Dessaignes. Hystérectomie. Mort à la fin de l'intervention.

Cette observation, semblable à beaucoup d'autres de présentation du front, vient à l'appui des conclusions de la communication faite par M. Wallich en janvier 1902, à savoir que dans la dystocie par présentation persistante du front la symphyséotomie pratiquée d'emblée en temps utile est la méthode de choix.

REVUE ANALYTIQUE

La Symphyséotomie avec drainage spécial par le vagin de l'espace pré-vésical ou cavité de Retzius (1), par P. Zweifel. *Beitrag. zur Geburtsh. u. Gynæk.*, Bd VI, Hft I, 1902.

Contrairement à la plupart de ses collègues allemands, P. Zweifel s'affirme un partisan convaincu de la symphyséotomie. Sa conviction est telle qu'il espère qu'un jour viendra où cette sorte de bouderie vis-à-vis d'une opération en réalité extrêmement utile cessera. Mais l'expérience lui a montré que, pour obtenir de cette opération les meilleurs résultats, il importe d'apporter à la technique opératoire un perfectionnement, qui constitue un temps de plus pour le procédé opératoire, *mais*, à son avis, *temps de beaucoup le plus important* : *réaliser le drainage, par en bas, de l'espace pré-vésical, post-symphysien, de la cavité de Retzius.* Diverses observations faites au cours des années lui ont ouvert les yeux sur l'importance de ce drainage inférieur. Ainsi, lorsqu'il fit sa première symphyséotomie, il lui arriva de lier en masse, au niveau du bord inférieur de la symphyse, un vaisseau qui saignait, et, l'hémorragie ayant cessé, il ligatura tout au catgut. Les suites opératoires furent bonnes, mais *non apyrétiques.* Or, au bout de quelques jours, la suture en arrière de la symphyse ayant cédé, une quantité considérable de sécrétions fétides s'écoula, évacuation qui fut suivie de la chute de la température et d'une guérison rapide. Ce premier fait éveilla bien chez l'auteur l'idée de l'importance qu'il y aurait à prévenir l'accumulation, dans cet espace de Retzius, de sécrétions très aptes, éventuellement, à se décomposer et par suite à troubler les suites opératoires, et il s'efforça de lui donner une sanction. Mais ayant cherché à assurer largement ce drainage,

---

(1) Analyse d'un travail paru in *Beitrag. zur Geburtsh. u. Gynæk.*, Bd VI, Hft I, 1902.

par en haut, à la façon la plus habituelle, les choses allèrent de mal en pis, et il y renonça. Il continua donc de faire la symphyséotomie sans drainage jusqu'en 1897, date du Congrès de Moscou. Chargé d'un rapport sur la symphyséotomie, il put produire des résultats très satisfaisants : 31 opérées guéries, 33 enfants vivants, mais, néanmoins, *plusieurs opérées avaient été longtemps fébricitantes*. Il fallait arriver à mieux.

Or, une autre particularité l'avait frappé. Dans un certain nombre de cas où des plaies, des déchirures produites involontairement au cours de l'opération avaient fait largement communiquer la cavité de Retzius et le vagin, les opérées, précisément, avaient guéri de la façon la plus heureuse. Si inquiétantes qu'avaient été ces lésions tout d'abord, il n'en arriva pas moins qu'elles coïncidèrent avec des suites opératoires, contrairement à l'attente, excellentes et *apyrétiques*. P. Zweifel en conclut que le drainage supérieur n'est pas suffisant, et plusieurs fois, ainsi que ses assistants, il fut sur le point de créer volontairement une communication entre le vagin et la cavité de Retzius ; il différa toutefois, longtemps, d'exécuter cette idée à cause de cette notion bactériologique que le vagin même des accouchées saines renferme quantité de germes pathogènes. Ne risquerait-on pas, s'il en est ainsi, d'amener ces germes au contact des sécrétions dans l'espace prévésical ? Enfin, en dépit de toute théorie, il se décida à faire *ce drainage descendant, par le vagin, dans toute symphyséotomie*. Et les suites opératoires furent dès lors aussi heureuses qu'on était en droit de l'espérer, et *apyrétiques*. Pour faire ce drainage, il se sert d'un trocart, avec lequel, sous le contrôle du doigt, il troue la paroi vaginale antérieure, en un point soigneusement choisi pour éviter urèthre et vaisseaux, et d'un drain en caoutchouc glissé et fixé sur un tube en verre, celui-ci ayant pour but d'empêcher le drain compressible d'être fermé, aplati au point où il traverse la paroi *contractile* du vagin. L'extrémité supérieure du drain doit atteindre près du ligament pubien supérieur, et l'inférieure arriver en avant de la vulve où elle s'ouvre dans de l'ouate sublimée ou salicylée. Pour assurer le maintien du drain *in situ*, un fil de soie fixé à son bout supérieur vient s'enrouler sur un petit rouleau de gaze iodoformée, placée au niveau de la suture cutanée, etc. Le drain est graduellement raccourci, jusqu'à ce qu'on juge qu'on peut le supprimer définitivement. Il est des cas, très rares, où il faut apporter une modifi-

cation à cette technique : c'est quand on a des raisons de craindre l'existence déjà, au moment de la symphyséotomie, de phénomènes infectieux, tout au moins putrides, etc., dans le canal génital (décomposition du liquide amniotique, par exemple) ; dans ces conditions, le drainage doit suivre une autre voie que le vagin. Et l'expérience montre qu'il est aisé de diriger le bout inférieur du drain à travers l'une des grandes lèvres. Voilà, brièvement exposé, le drainage à direction descendante de l'espace de Retzius conseillé et heureusement appliqué par P. Zweifel, qui l'a apprécié ainsi : « *En comparaison de l'importance du traitement de l'espace de Retzius, tous les autres actes de la symphyséotomie passent au second plan.* »

Un autre point sur lequel l'auteur insiste aussi plus particulièrement, c'est la grande utilité qu'il y a, suivant lui, en dépit des reproches que cela lui a valu, de considérer la *symphyséotomie plutôt comme une opération préliminaire*, c'est-à-dire de laisser, toutes les fois que la chose est possible, une fois la symphyséotomie faite, l'accouchement se faire spontanément. Il n'existerait pas de meilleure prophylaxie des déchirures du vagin. Mais, pour pouvoir attendre l'accouchement spontané, il faut que les parturientes aient de bonnes contractions. Car *une activité utérine défectueuse, insuffisante constitue une contre-indication à cette expectation.*

En ce qui concerne les *résultats* obtenus avec cette modification (drainage descendant), ils sont les suivants : 46 symphyséotomies avec 3 morts. L'un des décès ne survint que 26 jours après l'opération, par embolie pulmonaire (infarctus, pleurésie consécutive) ; à l'*autopsie*, rien d'anormal ne fut constaté du côté de la symphyse. Cette femme avait présenté quelques élévations de température, mais la plaie symphysienne avait bien guéri. On la tenait donc pour sauvée, lorsque, de façon inattendue, survinrent les phénomènes d'embolie pulmonaire, bientôt suivis du décès. Chez les deux autres femmes, pendant la naissance de l'enfant, on constata avec beaucoup d'étonnement que le liquide amniotique était déjà putride, qu'en conséquence l'infection était déjà accomplie pendant l'accouchement (c'est en prévision de cette putréfaction du liquide amniotique que l'auteur a imaginé le drainage à travers la grande lèvre et non par le vagin). Des 46 *enfants*, 4 vinrent *mort-nés*.

« En ce qui concerne la *mortalité*, conclut l'auteur, jusqu'ici elle reste plus défavorable que celle de l'opération césarienne. Mais il

ne faut pas oublier que pour cette opération nous devons compter avec le tribut de l'expérience ; que, d'autre part, il convient de faire remarquer que, si dans les deux cas où il existait déjà *sub partu* de la putréfaction du liquide amniotique, on eût fait la césarienne, le chiffre de la mortalité eût été peut-être inverse. Mais *le fait décisif est que, depuis l'exécution du drainage par le vagin, on a obtenu des suites de couches apyrétiques.*

Tels sont les points que nous avons cru devoir particulièrement relever dans cet intéressant travail, en négligeant d'autres plus généralement connus, que l'auteur a traités brièvement [histoire de la symphyséotomie, ses indications (dans sa clinique, elle est spécialement réservée aux bassins rétrécis du 2e degré), parallèle avec les opérations concurrentes (accouchement prématuré, version prophylactique, haut forceps, césarienne), etc.]. De nouveau, en terminant, Zweifel exprime l'espoir de voir cesser l'indifférence, sinon l'hostilité, que marque à cette opération l'école allemande.

R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Ferita penetrante dell' addome con fuoriscita di 10 cent. del tenue. Laparotomia Guarigione, per il Dott. COEN. (*Ospedali Riuniti de Livorno*, 1902). — Dans cet opuscule, Coen rapporte l'observation intéressante d'un jeune homme de 24 ans qui reçut un coup de couteau dans le ventre ; par la plaie de la paroi abdominale 30 centimètres d'intestin grêle sortirent au dehors ; la laparotomie, qui ne fut faite que 10 heures après l'accident, permit de constater quatre plaies pénétrantes de l'intestin grêle et deux du mésentère; toutes ces plaies furent suturées à la soie et le malade guérit. Ce cas n'est intéressant que par le laps de temps relativement long (10 heures) qui s'écoula entre l'accident et l'opération ; aujourd'hui c'est un fait admis par tous sans discussion que le seul traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen est la laparotomie faite le plus rapidement possible.

P. LECÈNE.

Nuovo letto per operazioni chirurgiche, per il Dott. Coen (*Ibid.*). — L'auteur décrit dans ce petit travail, orné de 4 figures, une nouvelle table d'opération qu'il a fait construire récemment ; il en vante la solidité, la facile manœuvre du renversement à la Treudelenburg ; de plus, la table est mobile dans un plan horizontal, ce qui permet aux chirurgiens de haute stature, comme à ceux de petite taille, de s'en servir avec une égale commodité.

P. Lecène.

Leçons sur l'obstétrique générale (Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe). H. Bayer, Strasbourg, 1903, Schlesier et Schweikhardt.—« Les pages suivantes, écrit Bayer dans une curieuse préface, représentent la première partie d'une étude sur l'*obstétrique générale théorique* qui, en sept tomes et suivant l'ordre, comprendra l'histoire du développement de l'appareil génital, l'anatomie du bassin et des parties molles, la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, enfin le diagnostic et le traitement général. Chacun de ces tomes contient un chapitre, complet en soi, de propédeutique obstétricale, mais qui par là même se relie aux autres en une sorte de tout organique », etc.

« Par leur forme, ces leçons, continue l'auteur, paraissent s'adresser au débutant. Toutefois, en les rédigeant, je n'ai pas été exclusivement dominé par ce que l'étudiant doit absolument connaître pour ses examens, ou par ce que le praticien surmené doit, hâtivement, feuilleter entre deux coups de sonnette, mais plutôt par ce qui m'a semblé devoir être intéressant à celui pour qui notre science est plus que la « bonne vache qui lui fournit le beurre ». Aussi m'est-il arrivé parfois de laisser la grande route des méthodes d'enseignements obstétricales traditionnelles pour courir par des sentiers latéraux après des points de vue distants. Si l'on qualifiait de « non-pratique » cette façon de faire, aurais-je encore comme excuse qu'il s'agit ici de travaux sur l'obstétricie *théorique*, et que la pratique de l'Art des accouchements ne s'apprend pas dans les livres, mais dans les cliniques, dans les exercices pratiques, et surtout dans la pratique elle-même. Certes, ces leçons ne sont pas écrites pour celui qui dans une œuvre médicale ne veut trouver que des notions, des conseils pratiques, que de la monnaie scientifique, si je puis m'exprimer ainsi, susceptibles d'un usage immédiat dans le labeur quotidien ! D'ailleurs, que ce livre trouve en fin de compte

le lecteur qu'il mérite. » Ainsi qu'il est dit plus haut, ce premier tome que nous annonçons est consacré à l'*histoire du développement de l'appareil génital féminin;* il comprend les quatre chapitres suivants : 1° œuf et formation des feuillets blastodermiques ; 2° développement de l'appareil rénal ; 3° développement des glandes génitales et de leurs canaux efférents ; 4° transformation ultérieure et différenciation sexuelle de l'appareil génital durant la période fœtale ; 5° appareil génital du nouveau-né et transformations post-fœtales.

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Amann. Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme. *Rev. de chir. et de gyn. abd.*, 1902, n° 6, p. 957. — **Bardeleben**. Beitrag zur geburtshülflichen gynækologischen und entwickelungsgeschichtlichen Bedeutung des Anus anomalus vulvo-vaginalis. *Arch. für Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 1, p. 1. — **Berard et A. Descos**. Sur l'utilisation de la leucocytose dans le diagnostic de certaines affections génitales de la femme. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 10 février 1903, p. 1. — **Blondel**. Du moment opportun de la cure thermale chez les utérines. *La Gynécologie*, décembre 1902, p. 513. — **Calderini**. Delle acque minerali nella cura delle malattie speciali delle donne *Lucina*, 1903, n° 2, p. 17. — **Curatulo**. La terapia con la luce nel campo dell'ostetricia e della ginecologia. *Archivio italiano di Ginec.*, 1902, n° 6, p. 493. — **Faure**. La tuberculose génitale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 6, p. 999. — **Füth**. Diabetes mellitus und gynæk. Operationen. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 22 janvier 1903. — **Hicks (S.)**. Acute general peritonitis. *Annals of Gyn. u. Pæd.*, janvier 1903, p. 21. — **Johnson**. The curse of Gonorrhœa. *Amer. Gyn.*, décembre 1902, p. 599. — **Lucas-Championnière**. Sur les germes dans l'air des salles d'opération. *Bullet. et Mém. Soc. chirurg.*, Paris, 1903, n° 4, p. 281. — **Martin (A.)**. De la tuberculose génitale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 6, p. 1023. — **Mc Naughton**. Epidemic parotitis with metastasis to the female genitalia. *Brooklyn med. Journal*, March 1903, p. 115. — **Odon (T.)**. The relation between uterine a. gastric Diseases. *Am. J. of the obst.*, mars 1903, p. 299. — **Pichevin**. De quelques fausses utérines. *Sem. gyn.*, 3 février 1903. — **Polano**. Anat. der Lymphbahnen im mensch. Eierstock. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 281. —

Resinelli. Gli attuali problemi della ostetricia e della ginecologia. *Annali di ost. e. ginec.*, 1903, n° 1, p. 1. — **Schultze**. Zum Problem der Geschlechtsbestimmenden Ursachen. *Cent. f. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 1. — **Veit**. De la tuberculose génitale. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 6, p. 1045.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Delphey**. The Röntgen ray in gynecology. *Annals of gyn. a. ped.*, février 1903, p. 73. — **Fraenkel**. Trokar-Kornzange. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 7, p. 199. — **Hofmeier**. Fur die Drainage. *Zentr. f. Gyn.*, 1903, n° 8, p. 226. — **Krœmer**. Die Technik der Aethernarkose an der Frauenklinik zu Giessen. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 16. — **Olshausen**. Wider die Drainage. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1903, Bd XLVIII, Hft 2, p. 305. — **Pfannenstiel**. Ueber die Vorzüge der Aethernarkose. *Zent. f. Gyn.*, 1903. n° 1. p. 8. — **Piering**. Ein einfacher Hysterophor und eine Bandage gegen Hangebauch und Prolaps. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1903, n° 7, p. 193. — **Preiss** (**E.**). Zur Uterusdilatation. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 11, p. 336.

VULVE ET VAGIN. — **Bandler**. Some observations on vulvo-vaginitis in children (with special reference to the gonorrhœal form); its treatment and possible sequelæ. *Med. Record*, mars 1903, p. 401. — **Beauverger**. *Kystes développés aux dépens des glandes para-uréthrales chez la femme*. Th. Paris, 1902, n° 121. — **Bogdanovici**. Colpotomia évacuatrice. *Revista de chirurgie*. Bucharest, novembre et décembre 1902, p. 481. — **Bonnefont**. *Cancer primitif du vagin*. Th. Paris, 1902, n° 88. — **Burghele**. Tumorile maligne primitive vulvare. *Revista de chirurgie*, Bucharest, novembre et décembre 1902, p. 546. — **Cristalli** (**G.**). Fibromiomi della vagina. *Archivio di ost. e ginec.*, février 1903, p. 83. — **Goffe** (**R.**). Vaginal celiotomy, its scope a. limitations. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1903, p. 81. — **Grandin**. The scope of vaginal section. *Med. News*, février 1903, p. 407. — **Guelmi**. Assenza congenita della vagina, uniesto plastico e guarigione. *La Clinica ostet.*, décembre 1902, p. 453. — **Hengge**. Pseudohermaphrodismus. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1903, p. 24. — **Ostermoyer**. Ein Fall von traumatischen nicht durch Coitus entstandenem Vestibularrisys der Vagina. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 12, p. 365. — **Small**. Treatment of Gonorrhea in the female. *Am. J. Obst.*, janvier 1903, p. 57. — **Woods**. Gonorrhæal vulvo-vaginitis in children. *The Am. J. of the med. sc.*, février 1903, p. 311.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Bertino** (**A**). Contributo clinico alla teoria della predispozisione ereditaria nella patogenesi del prolasso genitale. *Archivio di ost. e ginec.*, janvier 1903, p. 32. — **Bishop**. On prolapsus Uteri; with special reference to an operation for reproduction of the sacro-uterine ligaments. *The Lancet*, mars 1903, p. 725. — **Bowee** (**W.**). Operations on the utero-sacral ligaments in the treatment of retroversion of the uterus. *Annals of gyn. a. Ped.*, décembre 1902, p. 710. — **Byford**. A new method of shortening the round ligaments intra-peritoneally for retroversion. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, février 1903, p. 79. — **Crewdson**. A case of prolapsus uteri treated successfully by injection of quinine. *British med. Journ.*, février 1903, p. 366. — **Ferrari**. Risultati lontani della fissazione

dell' utero senza suture. *Archivio italiano di ginec.*, 1902, n° 6, p. 498. — **Funke**. Ein Fall von Prolapsus uteri inversi. *Zeits. f. Gyn.*, 1903, n° 6, p. 168. — **Gradenwitz**. Nachteile der ventrofixation. *Zeist. f. Gyn.*, 1903, n° 5, p. 129. — **Noble (G)**. Intramural extraperitoneal Anchorage of the round ligament for posterior displacements of the uterus. *Am. J. Obst.*, février 1903, p. 174. — **Collaghan (O.)**. Hysteropexy for complete procidentia in single girl, aged 18. *The British Gyn. J.*, février 1903, p. 310. — **Pichevin**. Prolapsus uterin. *Sem. gyn.*, 27 janvier 1903, 3 mars, p. 65. — **Richelot**. Prolapsus et déchirure. *La Gynécologie*, décembre 1902, p. 481. — **Rieck**. Eine neue Methode der Prolapsoperation. *Zeits. f. Gyn.*, 1903, n° 13, p. 392. — **Robins (C.)**. Prolapse of the uterus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, janvier 1903, p. 11. — **Schulye-Vellinghausen**. Behandlung des veralt. Inversio uteri puerperalis. *Deuts. med. Woch.*, 26. Feb. 1903, p. 152. — **Simons (M.)**. Hernia of the uterus. *Am. J. Obst.*, janvier 1903, p. 70. — **Simpson**. Intra-abdominal but retroperitoneal shortening and anterior fixation of the round ligament for posterior uterine displacement. *Am. J. of obst.*, février 1903, p. 165.

UTERUS MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Boldt**. Endometritis. *Annals of gyn. a. ped.*, janvier 1903, p. 1. — **Herman (E.)**. A contribution to the natural history of dysmenorrhœa. *The Journ. of obst. a. gyn. of the Brit. Emp.*, janvier 1903, p. 1. — **Jacobs**. Déchirure de la paroi utérine ; gangrène du muscle utérin et du paramétrium ; curettage sans résultat ; laparotomie, mort. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1903, n° 4, p. 106. — **Lutaud**. Traitement de la métrite chronique. *Journal de méd. de Paris*, 8 février 1903. — **Pichevin**. Fistule métro-abdominale consécutive à l'hystérectomie abdominale subtotale. *La Semaine gynécologique*. Paris, 13 janvier 1903, p. 9. — **Pichevin**. Perforation utérine. *Sem. gynéc.*, 10 mars 1903, p. 73. — **Stephenson**. On certain forms of menstrual suffering and the action of permanganate of potasse therein. *The Scottish med. a. surg. J.*, février 1903, p. 124. — **Stravoskiadis**. Verand. der Uterus bei akuten Infectionskrank. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1903, p. 1. — **Viannay**. Phimosis du col utérin par cloisonnement transversal incomplet de l'extrémité supérieure du vagin, dysménorrhée mécanique d'origine vaginale. *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, 10 février 1903, p. 17.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Boldt**. Diffuse septic peritonitis caused by rupture of the uterus by a fibroid which had been partly pushed through the uterine fundus during a curettage for hemorrhage. *Am. J. of the obst.*, mars 1903, p. 357. — **Beyea**. Sarcoma of the uterine parenchyma. *Am. J. of obst.*, février 1903, p. 189. — **Bluhm**. Ein Beitrag zur Kenntniss des Sarcoma botryoides Mucosœ Cervicis Infantum. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft. 2, p. 236. — **Bond**. On the results in 50 cases of abdominal hysterectomy for fibroid desease of the uterus, with remarks on the afterhistory of the patients and on the artificial menopause. *The Lancet*, janvier 1903, p. 162. — **Briggs**. A case of fundal fibroid polyp and inversion of the uterus. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, décembre 1903, p. 126. — **Chavannaz**. L'hystérectomie abdominale dans le cancer du col utérin. Résultats personnels. *Rev. mens. de gyn. obst. et Pæd.*, Bordeaux, octobre 1902, p. 392. — **Crowell**. Carcinoma uteri.

Annals of gyn. a. ped., mars 1903, p. 144. — **Daniel**. De l'état des annexes dans les fibromes utérins (Étude anatomique). *Rev. de gynéc. et de chir. abdominale*, 10 février 1903, p. 26. — **Daniel**. *Traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abd. totale*. Th. Paris, 1902, n° 95. — **Doran** (**A**.). Fibroids. Heart disease. Syncope and pulse. *The J. of obst. a. gyn. of the British Empire*, janvier 1903, p. 13. — **Doran** (**A**.). On fibroids of the uterus and its ligaments considered from a clinical and surgical standpoint. *The Lancet*, février 1903, p. 350. — **Downes**. Electrothermic hysterectomy for cancer. *Am. gyn.*, décembre 1903, p. 575. — **Duncan** (**W**.). Large sarcome of the uterus removed by abdominal hysterectomy; Bladder laid open; Recovery. *The British gyn. J.*, février 1903, p. 349. — **Durand**. Fibrome utérin tordu sur son pédicule. Hystérectomie abdominale avec pédicule externe. *Bull. Soc. chirurgie*. Lyon, 1902, mai-juin, p. 277. — **Fehling**. L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 6, p. 947. — **Fisch**. Report of a case of chorioma. *Americ. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 1. — **Frédéricq**. Opération mouvementée d'un fibrome utérin. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1903, n° 4, p. 131. — **Gaffe**. What advice should be given to a woman suffering from fibroid tumor of the uterus? *Med. News*, février 1903, 247. — **Gaget**. Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Récidive sous forme kystique. *Bull. Soc. chirurgie de Lyon*, mars-avril 1902, p. 208. — **Hopkins** (**G**.). Uterine carcinoma; its treatment by the combined use of the Finsen light and the Roentgen ray. *Philadelphia med. J.*, février 1903, p. 354. — **Ionescu** (**Th**.). Tratamental chirurgical al cancerului uterului. *Revista de chirurgie*. Bucharest, novembre-décembre 1902, p. 487. — **Jewett** (**Ch**.). Hysterectomy in puerperal septic infection. *Am. Gyn.*, février 1903, p. 118. — **Jonnesco**. Cancer du col de l'utérus. Castration abdominale totale avec évidement lombo-ilio-pelvien. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Bucharest, octobre-décembre 1902, p. 198. — **Lannelongue**. Sur un cas de fibrome sous-péritonéal. *Rev. mensuelle de gyn. et de pæd.*, 1903, n° 1, p. 10. — **Léopold**. L'isterectomia nel trattamento della infezione puerperale. *La Clinica Ostet.*, janvier 1903, p. 1. — **Leora**. The early diagnosis and conservative treatment of fibromyomatous tumours of uterus. *Americ. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 47. — **Lewers**. Two cases of cæsarean section for obstruction due to fibroid tumours. *The Lancet*, janvier 1903, p. 157. — **Lindenthal**. Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica und ovarica bei inoperablen Uteruskarzinom. *Zentralb. f. Gyn.*, 1902, n° 10, p. 289. — **Mc Cann**. A case of deciduoma malignum after menopause. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, mars 1903, p. 215. — **Monod**. Fibrome kystique de l'utérus. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Paris, février 1903, p. 252. — **Montgomery**. What can be done to lessen the mortality of carcinoma uteri? *Philadelphia med. J.*, janvier 1903, p. 69. — **Morse**. Notes on ten cases of hysterectomy for fibroids desease. *British med. J.*, janvier 1903, p. 128. — **Noble** (**C**.). The use of the electric cautery clamp in the treatment of cancer of the uterus. *Amer. Gyn.*, décembre 1902, p. 585. — **Ochlecker**. Drüsenuntersuchungen bei 7 Fällen von Uteruscarcinom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd XLV, Hft 2, p. 271. — **Olshausen**. Ueber Impf. metastasen und Spätrecidive nach Carcinomoperationen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 2, p. 262. — **Paton**. A case of transplanted

uterine fibroid giving rise to intestinal obstruction. *British med. J.*, janvier 1903, p. 131. — **Potherat**. Dégénérescence des fibromes utérins. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, janvier 1903, p. 103, 225. — **Pryor**. The technique of vaginal hysterectomy in case of pelvic inflammation. *Am. Gynec.*, février 1903, p. 102. — **Roncaglia**. La suppurazione degli annessi e l'isterectomia addominale. *Annali di ost. e ginec.*, 1903. n° 1, p. 88. — **Sampson**. More radical operation in carcinoma cervicis uteri. *Bull. of John's Hopkins Hospital*, décembre 1902, p. 299. — **Schmauch**. Spontane Blasenscheidenfistel nach Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd XLVIII, Hft 2, p. 332. — **Scott**. Gangrenous fibroid polypus of the uterus. *British med. J.*, janvier 1903, p. 132. — **Silberger**. Ein Fall von Endothelioma uteri. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVII, Hft 1, p. 469. — **Snow**. Uterimyoma (soft œdematous myoma of L. Tait), complicated with three myomata of the ordinary type. *The British gyn. J.*, février 1903, p. 281. — **Spinelli**. La cura chirurgica nei fibromi uterine. *Archivio italiano di ginec.*, février 1903, p. 1. — **Thring**. Carcinoma of cervix uteri together with seven months pregnancy. *The J. of obst. a. gynec. of the British Emp.*, janvier 1903, p. 18. — **Treub**. L'isterectomia nella cura dell' infezione puerperale. *La Clinica ost.*, décembre 1902, p. 441. — **Venot**. Des douleurs paroxystiques intermittentes du cancer du corps de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, mars 1903, p. 203. — **Wertheim**. Zur Kenntnis des regionären lymphdrüsen beim Uteruskarzinom. *Zentr. f. Gyn.*, 1903, n° 4, p. 105.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bérard**. Documents pour la pathogénie de l'hématocèle pelvienne. *Bull. Soc. chirurgie*, Lyon, 1902, mai-juin, p. 282. — **Bouglé**. L'hématocèle péri-utérine. *Archives génér. de méd.*, 1903, n° 9, p. 535. — **Bowen**. Hematocele. *Med. News*, janvier 1903, p. 24. — **Fournier**. Causes et lésions des salpingo-ovarites. *Nord médical*, 15 février 1903. — **Hassel**. Péritonites tuberculeuses. *Bull. soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1903, n° 4, p. 108. — **Ingraham**. Hydrops tubæ profluens. *Amer. Gynec.*, février 1903, p. 136. — **Lapeyre**. A propos de la chirurgie conservatrice de l'ovaire. *La Gazette méd. du Centre*, février 1903, p. 19. — **Lichtenauer**. Chir. Behandlung der Sacto-salpinx purulenta. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 355. — **Macnaugthon-Jones**. The propriety of conservative operations in certain cases of annexal disease demanding abdominal cæliotomy etc. *The British Gyn. J.*, février 1903, p. 293. — **Milander**. Zur Kasuistik der Verkalkung des Ovarium. *Zeits. f. Gyn.*, 1903, n° 8, p. 238. — **Nebesky**. Beitrag z. klinischen Behandlung der entzundlichen Adnexerkrankungen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 3, p. 480. — **Pichevin**. Conservation unilatérale des annexes et ignipuncture de l'ovaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 6 janvier 1903, p. 1. — **Pichevin**. Végétations d'origine inflammatoire développées sur une trompe après hystérectomie vaginale ou récidive de cancer. *Semaine Gynécologique*, 17 mars 1903, p. 583. — **Siredey et Coudert**. Les lymphangites péri-utérines. *La Gynécologie*, décembre 1902, p. 491. — **White**. The Nature of hydrosalpinx. *The Journ. of Obst. a. Gyn. of the British Empire*, mars 1903, p. 225.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE. — **Bantock.** Ovario tomy seven years after vaginal hysterectomy. *British med. J.*, janvier 1903, p. 127. — **Bérard.** Enorme kyste de l'ovaire et tumeurs cutanées multiples; ablation du kyste; régression des tumeurs cutanées. *Bull. Soc. chirurg.*, Lyon, novembre-décembre 1902, p. 15. — **Bluhm.** Ueber einen durch ungewöhnlichen Sitz ausgezeichneten ovarialtumor. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 221. — **Banby** et **Castan.** Kyste hématique des deux ovaires. *Gazette des hôpitaux*, février 1903, p. 169. — **Briele.** Sectio cæsarea und ovariotomie wegen eingekeilten Ovarialtumors. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 5, p. 133. — **De Paoli.** Contributo alla patologia del ligamento rotondo. Adenomi cistici. *Archivio italiano di ginec.*, 1902, n° 6, p. 469. — **Dunning.** Conservative operations upon the ovary. *Americ. Gyn.*, décembre 1902, p. 591. — **Emanuel.** Ueber Tumoren des Ligamentum rotundum uteri *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 3, p. 383. — **Ferroni.** Mola hæmat. tubarica. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 309. — **Grimsdale.** A case of ovariotomy, followed by intestinal obstruction and obstruction of both ureteres : recovery. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, février 1903. p. 128. — **Hamonic.** Un cas de kyste dermoïque ovarique. Ovariotomie double. *Rev. clinique d'and. et de gynéc.*, février 1903, p. 52. — **Jelke.** Studies of ovarian embryomata, or so called ovarian dermoïd cysts. *The Am. J. of med. sc.*, janvier 1903, p. 6. — **Keiffer.** Resection intestinale pour tumeur diffuse du petit bassin; anus hypogastrique; quatre ans après, résection du rectum et suture du côlon transverse à l'anus; guérison. *Bull. soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1903, n° 4, p. 124. — **Lange.** Ein Fall von Endothelioma Ovarii. *Zentral. f. Gyn.*, 1903, n° 3, p. 65. — **Lloyd Roberts.** An ovarian tumour presenting points of interest in diagnosis. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, janvier et février 1903, p. 8. — **Mc Gavin.** Note on a double oophorectomy in mammary carcinoma. *The Lancet*, octobre 1902, p. 1049. — **Pitts (B.).** Suppression of urine in a case of ovarian tumour and pregnancy; removal of tumour and uterus; Recovery. *The Lancet*, janvier 1903, p. 298. — **Potherat.** — Kystes dermoïdes des deux ovaires. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1903, n° 6, p. 221. — **Thorne (M.).** Case of primary carcinoma of the ovary. *British med. J.*, février 1903, p. 361.

ORGANES URINAIRES. — **Bissel.** Transabdominal, intra and extraperitoneal uretero-vesical Grafting. *Am. J. of Obst.*, février 1903, p. 145. — **Garceau.** Ureteritis in the Female. *The Am. Journ. of the med. Science*, février 1903, p. 284. — **Hunner.** Ureterovesical anastomosis, an improved Method, report of two cases. *Amer. Gynec.*, décembre 1902, p. 561. — **Kelly (H.).** Removal of vesical papilloma through an incision in the septum with the patient in the kneechest posture. *Am. J. Obst.*, janvier 1903, p. 28. — **Küstner.** Die plastiche Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluss von Blasenscheiden fisteln. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 3, p. 458. — **Lea (A.).** A case of acute prolapse of the urethra. *Th., Jour. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, janvier 1902, p. 24. — **Legueu** et **Cathelin.** Résultats cliniques de la séparation endovésicale des urines avec le diviseur. *Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale*, 10 février 1903, p. 109. — **Luys.** De la méthode de séparation de l'urine des deux reins dans la vessie. *Rev. de gynéc.*

et de chir. abdom., 10 février 1903, p. 85. — **Nano** (G.). Fistule recto-vaginale. *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, Bucharest, octobre-décembre 1902, p. 167.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Lucas-Championnière**. Inondation péritonéale due à une grossesse gémellaire de la trompe droite. Laparotomie, ablation de la trompe et de l'ovaire droits. *Bull. et mém. de la Soc. chirurg.*, Paris, mars 1903, p. 326. — **Marx**. Ruptured ectopic Gestation. *Am. J. of Obst.*, mars 1903, p. 356. — **O'Collaghan**. Extra-peritoneal Hœmatocele due to an ectopic pregnancy in left broad ligament with secondary rupture into-peritoneal cavity ; operation, recovery. *The British gyn. J.*, février 1903, p. 288. — **Routier**. Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale datant d'un mois environ. Laparotomie. Guérison. *Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, 1903, n° 6, p. 220. — **Sittner**. Weitere Fälle von vorgeschrittener extra-uterin Gravidität bei lebenden Kinde, behandelt mit Köliotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1903, n° 2, p. 33.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Carstens**. Cœliotomy during pregnancy. *Am. J. of the obst.*, mars 1903, p. 345. — **Herman**. The control of hemorrhage in the removal of pelvic tumors. *Annals of gyn. a. ped.*, janvier 1903, p. 4. — **Kayser**. Ein durch dreifache Darmresection geheilter Fall mehrfacher Darmperforation im Anschluss an das Zurücklassen einer Compresse in der Bauchhöle nach Bemerkungen zur Technik der Darmresection. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 2, p. 329. — **Menge**. Zur Radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen u. subumbilikalen Hernien der Linea alba. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 13, p. 385. — **Morley**. Parasitis following abdominal section. *Am. Gynec.*, décembre 1903, p. 609. — **Sippel**. Die Drainage nach Laparotomie. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 6, p. 163.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Budin**. Les difficultés de l'extraction de la tête dans l'accouchement par le siège. *Le Concours médical*, 1903, n° 6, p. 86. — **Chapman**. Painful and protracted first stage of labor. *Brooklyn med. J.*, janvier 1903, p. 10. — **Gillepsie**. The mecanism of labor, and instrumental assistance when the head is transverse in the pelvic brim. *Am. J. obst.*, janvier 1903, p. 12. — **Henkel** (**Mc**). Beitrage zur Lehre von Geburtsmechanismus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd XLV, Hft 2, p. 344. — **Hirigoyen**. De l'accouchement post mortem. *Journal de médecine de Bordeaux*, 22 février 1903, p. 125. — **Stacey**. Management of difficult breech. Presentations. *Am. J. o, obst.*, février 1903, p. 200.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Alfieri**. Di alcuna particolarita di struttura dell' endotelio peritoneale rivestente l'utero puerperale. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 1, p. 17. — **Bucura**. Ueber den physiologischen Verschluss der Nabelarterien und uber das Vorkommen von Langsmuskulatur in den Arterien des weiblichen Genitales. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 12,

p. 353. — **Budin.** Les organes génitaux externes de la femme au point de vue obstétrical. *Le Concours médical*, 1903, n° 1, p. 7. — **Dienst** (**A.**). Ueber den Bau und die Histogenese der Placentargeschwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 2, p. 191. — **Ferrari.** Trascrizione grafica di un fremito arterioso uterino. *Archivio italiano di Ginec.*, février 1903, p. 7. — **Ferroni.** Note embriologiche ed anatomiche sull'utero fetale. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1902, n°s 10 et 11, p. 1060. — **Fraenkel.** Die Function des Corpus luteum. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 438. — **Johnstone.** L'anatomie de l'utérus des quadrupèdes démontre la nécessité de la menstruation chez les bipèdes. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.* 1902, n° 6, p. 1083. — **Love** (**J.**). The Perineum. *Philadelphia med. J.*, janvier 1903, p. 35. — **Paladino** (**G.**). Per la genesi degli spazii intervillosi e del loro primo contenuto nella dona. *Archivio di ost. e gyn.*, janvier 1903, p. 1. — **Patellani-Rosa.** Il bacino osseo dei vertebrati, specialmente dei manmiferi. Studio di anatomia. *Archivio di ost. e gynec.*, 1903, n° 12, p. 765. — **Raineré.** Sul tessuto elastico nel Magma reticularis. *Archivio italian. di ginec.*, 1902, n° 6, p. 489. — **Schumacher.** Bacteriologisch. klinische Studium der Placenta. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 399. — **Webster** (**Cl.**). Study of the cadaver of a woman who died in the sixth month of pregnancy. *Amer. Gyn.*, février 1903, p. 97.

DYSTOCIE. — **Kerfoat.** A case in which hour-glass contraction of the uterus in a case of twin birth arrested the expulsion of the second fœtus. *The Lancet*, janvier 1903, p. 301. — **Hewetson.** Pathological description of a congenital coccygeal tumour which caused difficulty during parturition. *The Journ. of obs. a. Gyn. of the British Empire*, mars 1903, p. 201. — **Magnus.** Ther. des engen Beckens. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, März 1903, p. 319. — **Semmelink.** Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 3, p. 73. — **Woyter** (**G.**). Geburtsstorüng durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis. *Wiener med. Presse*, décembre 1902, p. 2378.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Paoli** (**G. de**). Studio clinico e sperimentale sulle crisi periodiche mensili della gravidanza. *Archivio di ost. e ginec.*, janvier 1903, p. 16.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Hellier.** Case of double pregnancy in a double uterus. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, janvier et février 1903, p. 17. — **Scarcella.** Un cas di parto tregemino. *Lucina Sicula*, 1903, n° 4, p. 115.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brandler** (**W.**). The etiology of Ectopic gestation. *Med. News*, mars 1903, p. 486. — **Boldt.** Extrauterine Pregnancy. *Med. Record*, janvier 1903, p. 46. — **Ferroni.** Beitrag z. Studium der tubaren Zwillingsschwangerschaften in derselben Tube. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 9, p. 275. — **Grandin.** Atypical cases of ectopic gestation, illustrating the difficulty in diagnosis. *American Gyn.*, 1903, n° 1, p. 42. — **Hitschmann** et **Lindenthal.** Ueber die Haftung des Eies an atypischen Orte. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 9, p. 163. — **Kamann.** Case of apparent secondary abdominal pregnancy in a rabbit after primary rupture of the uterus. *British med. J.*, mars 1903, p. 513 — **Kroemer.** Untersuchungen über

die tubare Eieinhaltung. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 1, p. 57. — **Moffat**. Case of ruptured ectopic gestation. *British med. J.*, janvier 1903, p. 132. — **Morse**. A case of extra-uterine fœtation. *The Lancet*, février 1903, p. 307. — **Noble**. The significance of the temperature in the diagnosis of extra-uterine pregnancy during the period of collaps of hemorrhage. *Philadelphia med. J.*, février 1903, p. 265. — **Pollosson**. Grossesse extra-utérine coïncidant avec une grossesse intra-utérine. *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, mars-avril 1902, p. 188. — **Reifferscheid**. Gleichzeitige extra-uterine und intra-uterine Schwangerschaft. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 12, p. 360. — **Schambocher**. Ueber whare u. vorgetauschte Tubärschwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XVLII, Hft. 3, p. 428. — **Vineberg**. Clinical notes on a series of nine consecutive cases of ectopic gestation. *Med. Record*, mars 1903. p. 406. — **Williamson**. An unusual case of ectopic gestation. *The Journ. of obst., a. gyn. of the British Emp.*, janvier 1908, p. 27. — **Witthauer**. Primäre Bauchhöhlen-gravidität auf einen Netzzipfe. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 5, p. 136.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Anderson (W.)**. A case of complete absence of the vagina. *Pacific med. J.*, février 1903, p. 65. — **Arcangelis**. Absentia uteri e vaginæ in due donne maritate. *Archivio di ost. e ginec.*, décembre 1902, p. 729. — **Bischoff**. Zur Frage des Argentunskatarrhs des Neugeborenen. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 10, p. 293. — **Bustillo-Lviola**. A case of absence of uterus and ovaries. *Annals of Gyn. a. Ped.*, décembre 1902, p. 731. — **Bürger**. Ueber einen Fall seltener Missbildung. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 2, p. 295. — **Crosland**. Intra-uterine fracture of the skull. *The Lancet*, février 1903, p. 517. — **Eversmann**. Beitrag zur Frage der Ætiologie der Entbindungslähmungen der oberen Extremitat. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 1, p. 143. — **Hellier**. On two specimens of elephantiasis congenita cystica. *The Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, février 1903, p. 105. — **Hill**. Malformation of the uterus. *Am. J. Obst.*, janvier 1903, p. 31. — **Variot**. Cyanose congénitale avec malformation cardiaque. *Gazette des hôpitaux*, février 1903, p. 253.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Beck**. Zur Anwendung des Dilatators von Bossi. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 11, p. 331. — **Calmann**. Zur Frage der schnellen geburtshilflichen Erweiterung. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 11, p. 333. — **Campione**. Intorno alle deviazioni della sinfisi pubica e alla tecnica del suo taglio. *La Clinica ost.*, novembre 1902, p. 401. — **Dührssen**. Ist di Bossi'sche methode wirklich als ein Forschritt in der operativen Geburtshulfe zu bezeichen? *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXVIII, Hft 2, p. 376. — **Ferrari**. Venticinque casi di taglio cesareo con incisione trasversale sul fondo. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, nºs 10 et 11, p. 1026. — **Ferré**. Opération césarienne conservatrice. *Rev. mensuelle de gyn., d'obst. et de pæd.*, 1903, nº 2, p. 67. — **Freund (H.)**. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft? *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 8, p. 234. — **Küstner (O.)**. Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 1, p. 4. — **Mark**. Version or forceps, which? *Amer. Gynec.*, 1903, février p. 140. — **Meyer (L.)**. Zur Dilatation nach Bossi. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 11, p. 329. — **Meyer (L.)**. Ein Fall von Lateralschnitt durch das Os pubis nach Gigli. *Zent. f. Gyn.*, 1903, nº 13, p. 391. — **Oster-**

loh. Beitrag zur Anwendung des Bossi'schen Dilatatorium. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 3, p. 72. — **Ostreil**. Erfahrungen mit dem Dilatatorium von Bossi und Frommer nebst Bemerkungen über einen seltenem Verlauf eines Eklampsiefalles. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 11, p. 325. — **Pestalozza**. Zwei Fälle von Lateralschnitt des Beckens nach Gigli. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 4, p. 101. — **Rühl**. Zur Technik u. Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes. *Zent. f. Gyn.*, 1902, n° 10, p. 300. — **Schechner**. Beitrag zur künstlichen Lösung der Placenta. *Wiener med. Presse*, 1903, n° 1, p. 19. — **Weisswange**. Ruptura aortæ spontanea. Sectio cæsarea in mortua. Lebender Kind. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 10, p. 298. — **Zangemeister**. Ueber instrumentelle Dilatation der Cervix resp. des Muttermundes an der hochschwangeren oder kreisfenden Gebarmutter. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 4, p. 97.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abrams**. Puerperal eclampsia. *Am. J. obst.*, janvier 1903, p. 64. — **Ansaloni**. Un cas de rétroversion de l'utérus gravide. *Ann. méd.-chirurg. du Centre*, 15 février 1903. — **Ballantyne**. A note on Bossis Dilator in eclampsia. *British med. J.*, février 1903, p. 420. — **Bentivegna**. Eclampsia ed auto-intossicazione gravidica. *Lucina Sicula*, 1902, n° 2, p. 33. — **Betti**. Spasmo laringeo in una gravida. *La Clinica ost.*, décembre 1902, p. 455. — **Braithwaite**. A case of emphysema in violent labour. *The Lancet*, mars 1903, p. 731. — **Clay**. Case of puerperal hyperpyrexia of malarial origin. *British med. J.*, janvier 1903, p. 246. — **Cristalli**. Un caso di mallatia di Morton di origine imitativa in donna gravida. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 12, p. 752. — **Davis (E.)**. Polyhydramnios, its differential diagnosis and treatment, with the report of cases. *Annals of Gyn. a. Ped.*, décembre 1902, p. 706. — **Delbecq**. A propos d'un cas d'éclampsie. *L'Echo méd. du Nord*, janvier 1903, p. 26. — **De Lee**. Report of three cases of rupture of the uterus during labor; and a consideration of the treatment based on ten cases. *Am. J. of the Obst.*, mars 1903, p. 289. — **Dützmann**. Geburtskomplicationen bei ausgedehnter Varicenbildung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 364. — **Evoli (T.)**. Contributo allo studio della patogenesi dell' eclampsia puerperale. *La Clinico ostet.*, janvier 1903, p. 11. — **Fellner**. Beit. z. Lehre vom Hydramnios. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 296. — **Ferroni**. Sulla porpora emorragica in gravidanza. *Annali di ost. e. ginec.*, 1903, n° 1, p. 30. — **Findley**. Hydatiform mole : with a report of two cases and clinical deductions from two hundred and ten reported cases. *The American Journal of the med. scienc.*, mars 1903, p. 486. — **Fothergill**. Case of puerperal hyperpyrexia (III°,2) associated with thrombosis of the inferior vena cava. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, janvier et février 1903, p. 10. — **Fothergill**. Puerperal thrombosis of the inferior vena cava. *The Journ. of obst. a. gyn. of the british Empire*, mars 1902, p. 183. — **Futh (H.)**. Beitrag z. Kasuistik u. Aetiologie der Uterusruptur. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 9, p. 257. — **Gardini**. L'autoinfezione puerperale. *Lucina*, Bologne, décembre 1902, p. 173. — **Gauchery** *Occlusions intestinales pendant la puerpéralité*. Thèse de Paris, 1903, n° 117. — **Godson**. A case of hydramnios. *The British med. J.*, mars 1903, p. 606. — **Helme**. Eclampsia of pregnancy with notes on the use of Bossi's Dilator. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*,

janvier et février 1902, p. 19. — **Higgins**. Observations on three cases of hydatidiform mole. *Boston med. a. surg. J.*, décembre 1903, p. 675. — **Hirschl**. Chorea gravidarum. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1903, p. 56. — **Ill (E.)**. Etiology and prophylaxis of lesions of the female pelvic tract following labor. *Am. J. obst.*, janvier 1903, p. 76. — **Jones (R.)**. Puerperal insanity. *The Journ. of obst. a. Gyn. of the British Emp.*, décembre 1903, p. 109. — **Judd**. A case of puerperal psoïtis. *Brooklyn med. Journal*, Feb. 1903, p. 66. — **Kaufman**. Zur Lehre von den Zerreissungen der Scheidengewölbes während der Gèburt. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 1, p. 215. — **Kenosha**. A case of eclampsia. *Med. Record*, janvier 1903, p. 175. — **Knapp**. Zur Eklampsiefrage. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 1, p. 215. — **Kolomenkin**. Oper. Behandl. der Uterusruptur. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Marz 1903, p. 345. — **Laulaigne**. Placenta prævia central. *Arch. méd. d'Angers*, janvier 1903, p. 23. — **Le Fleming**. Mitral stenosis complicated by pregnancy. *The British med. J.*, mars 1903, p. 606. — **Loviot**. De l'auto-intoxication en obstétrique. *Revue des mal. de la nutrition*, février 1903. — **Martin**. Un cas de môle hydatiforme. *La Loire médicale*, février 1903, p. 30. — **Merletti**. Albumine, albuminoidi ed albumose nelle urine del soprapärto. *Annali di ost. e ginec.*, 1902, n° 12, p. 1133. — **Nicholson**. A report of two cases of pregnancy complicated by severe heart lesion. *Am. J. Obst.*, janvier 1903, p. 44. — **Opitz**. Zur histologischen Diagnose des Abortes. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 3, p. 538. — **Ostreil**. Beitrag zur Therapie der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, 1902, Bd LXVII, Hft 3, p. 623. — **Pereira**. A case of spurious labour. *The Lancet*, février 1903, p. 372. — **Politi (G.)**. Sulla teoria ovulare nella patogenesi della eclampsia puerperale. *Archivio di ost. e ginec.*, février 1903, p. 65. — **Runge**. Ein weiterer Fall von Tuberculose der Placenta. *Arch. f. Gyn*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 388. — **Scharlieb**. Notes on a case of vesicular Mole. *Journ. of obst. a Gyn. of the British Emp.*, mars 1903, p. 210. — **Sintenis**. Zur Eklampsiebehandlung. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 5, p. 141. — **Stuwart**. Puerperal eclampsia. *Med. News*, janvier 1903, p. 24. — **Stewart**. The surgical treatment of puerperal eclampsia and the prevention of the convulsions. *Med. Record*, janvier 1903, p. 86. — **Stewart**. Thoughts on the prophylaxia of puerperal eclampsia. *Am. J. obst.*, février 1903, p. 303. — **Taussig**. Ueber die Breus'sche Hämatommole. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 258. — **Tonini**. Sulla rottura precoce delle Membrane ovulari umane. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 1, p. 121. — **Weiss**. Ruptura cervicis centralis anterior *sub abortu*. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 6, p. 167. — **Wells (W.)**. The toxemia of pregnancy, *Philadelphia med. J.*, février 1903, p. 351. — **Wennerström**. Kolpohysterostomie bei Retroversio uteri gravidi cum incarceratione. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 10, p. 302. — **Wilkes**. Two cases of mitral stenosis complicated by pregnancy. *British med. J.*, janvier 1903, p. 133. — **White**. A note on the treatment of puerperal insanity. *British med. J.*, février 1903, p. 306. — **Whitling**. Hœmorrhage in pregnancy: a case of central placenta prævia. *The Lancet*, février 1903, p. 435. — **Oui** Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *L'Echo méd. du Nord*, février 1903, p. 73. — **Palmer**. The treatment of placenta prævia. *Am. J. of the Obst.*, mars 1903, p. 294. — **Partridge**. Puerperal eclampsia with report of nineteen cases. *Am.*

J. of the Obst., mars 1903, p. 313. — **Pasley**. Rupture of the uterus with recovery. *British med. J.*, janvier 1903, p. 130.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Bong** (**P.**). Ueber ein modificiertes französisches dekapitations-instrument. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 7, p. 201. — **Chaleix-Vivie** et **Kohler**. De l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur et pulvérulent, en gynécologie et en obstétrique. *Bull. méd. de la Clinique Saint-Vincent-de-Paul*, Bordeaux, 1903, n° 1, p. 10. — **Knapp** (**L.**). Nochmals zur Dilatation-Frage. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 11, p. 321. — **Kurrer**. Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter. *Zentr. f. Gyn.*, 1903, n° 7, p. 197. — **Roubeska**. Ueber die Verwendung des Kautschukballons in der Geburthislfe. *Wiener Med. Presse*, 1903, n° 5, p. 217. — **Warren**. Obstetrical antisepsis. *The Boston med. a. surg. J.*, décembre 1902, p. 697.

VARIA. — **Ascoli**. Sul passagio dell' albumina da madre a feto. *Annali di ost. e gynec.*, 1902, n°s 10 et 11, p. 1017. — **Bentivegna**. La protezione sociale della donna durante lo stato di maternita. *Lucina Sicula*, 1903, n° 4, p. 105. — **Blumreich**. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen parametritischen Exsudat im Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 1, p. 109. — **Bossi**. Ueber die Widerstandskraft von Thieren während der Schwangerschaft und im Puerperium gegen Infection u. Intoxication. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 2, p. 310. — **Chambrelent**. De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus. *Revue mensuelle de gyn., obst. et pæd.*, Bordeaux, 1903, n° 4, p. 146. — **Grierson**. Historias de las obstetricas. *Revista obstetrica*, Buenos-Ayres, 1903, n° 1, p. 9. — **Huguenin**. (**P.**). Indications et contre-indications thérapeutiques au cours de la grossesse et de l'allaitement. *Le Concours méd*, 1903, n° 3, p. 36. — **Jewett**. Remarks upon some contributions to obstetric therapeuties. *Brooklyn medical Journal*, janvier 1903, p. 1. — **Lackie**. A series of cases of « Non-Septic » puerperal pyrexia. *Edinb. med. J.*, février 1903, p. 140. — **Smith** (**A.-J.**). Apparent fetal substitution. *Med. News*, March, 1903, p. 488. — **Starks**. A retrospect and prospect in obstetrics and gynæcology. *The Glascow med. J.*, 1903, n° 1, p. 1. — **Swain**. Cases of thyphoid fever simulating puerperal sepsis. *Boston med. a. surg. J.*, décembre 1092, p. 676.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES LÉSIONS ANNEXIELLES

(Par le professeur **Hector Treub** (Amsterdam) (1).

En parlant de lésions annexielles, je n'envisagerai dans les lignes suivantes que les lésions inflammatoires intrapéritonéales. Je ne parlerai donc ni des tumeurs ovariennes, ni des paramétrites (cellulite pelvienne), je me bornerai simplement à la chirurgie conservatrice des salpingo-ovarites. Tout en supposant qu'ainsi faisant je me confirme à l'intention du bureau de notre section, je tiens pourtant à circonscrire nettement le thème de mon rapport.

Avant de parler du traitement des salpingo-ovarites, il importe de rappeler les symptômes de cette affection et surtout d'en estimer le danger. Quant au premier point, la tâche est très facile, puisque la symptomatologie de la salpingo-ovarite est bien faite aujourd'hui. Dans la période aiguë, c'est la fièvre qui prédomine dans le cortège des symptômes d'infection générale. Comme symptôme local, il y a la douleur dans le bas-ventre. Dans la période chronique, que nous voyons surtout, l'infection n'a que peu d'importance et s'il y a des élévations de température, celles-ci sont gênantes par leur ténacité plutôt que par leur degré. Dans beaucoup de cas même, la fièvre fait défaut, et le symptôme prédominant est la douleur. Si ce symptôme-là — étant donnée sa subjectivité — est toujours très difficile à évaluer, cela est surtout le cas quand il s'agit de douleurs pelviennes chez la femme. A côté des douleurs, les autres symptômes : pertes sanguines, surtout sous la forme de menstruation profuse et prolongée, mais aussi

(1) Rapport présenté au Congrès international de Madrid, 23-30 avril 1903.

sous celle d'hémorragies irrégulières, et pertes blanches, sont d'importance secondaire. Il n'y a que la stérilité qui doive encore être nommée ici.

L'estimation des dangers de la salpingo-ovarite est plus difficile. Les publications anciennes ne peuvent guère servir à nous éclairer sur ce point, puisque la différenciation entre les salpingo-ovarites et les autres espèces de suppurations pelviennes n'est faite que rarement. D'autre part, les statistiques récentes ne nous donnent pas une idée exacte du danger des salpingo-ovarites, puisque le traitement chirurgical moderne intervient dès que l'on suppose, à tort ou à raison, que le danger va se présenter.

Mais quand on a eu l'occasion de voir un certain nombre de cas de salpingo-ovarite — et quel gynécologue un peu expérimenté ne l'a pas eue — on remarque aisément que les cas de mort dus à la perforation d'un pyosalpinx sont extrêmement rares. Par exemple, sur plus de 600 cas de salpingo-ovarite observés par moi dans les six dernières années, je n'en connais qu'un. A en juger d'après les publications isolées, mon expérience doit être à peu près celle de tout le monde. Pourtant ici, en Hollande, comme partout ailleurs, je pense, les malades ne se hâtent guère de se faire traiter pour une inflammation annexielle, et les cas invétérés forment une part importante, sinon la majorité, sur la liste des malades. Ce fait ne nous donne évidemment pas la preuve, mais cependant une impression bien fondée, que le danger mortel des pyosalpingites ne peut pas être bien grand.

Voyons maintenant ce que le traitement peut faire contre cette maladie, que nous devons donc considérer comme très gênante, mais peu dangereuse.

Ici une première question s'impose : la salpingo-ovarite est-elle une affection qui rentre toujours dans le domaine de la chirurgie, prise dans le sens étroit de traitement opératoire ? En théorie, presque tout le monde est d'accord qu'il faut répondre à cette question par la négative, mais il est permis de douter que vraiment la théorie et la pratique coïncident

toujours. En tout cas, on ne voit presque jamais des chiffres donnés à l'appui de cette opinion générale, et je me permettrai donc de motiver aussi exactement que possible ma réponse négative à cette question préalable, qui me paraît être de la plus haute importance pour le sujet de ce rapport.

Je donnerai d'abord quelques chiffres. Depuis le mois de mai 1896 jusqu'au milieu du mois de décembre dernier, j'ai traité dans ma clinique 612 cas de salpingo-ovarite. De ces 612 malades 433, soit 70 p. 100, sont plus ou moins complètement guéries *sans intervention opératoire*. Le traitement uniforme dans tous ces cas a été le suivant : repos complet au lit ; tant qu'il y a de la fièvre, application d'un sac de glace ; les symptômes aigus passés, injections vaginales chaudes (45 degrés centigrade), tamponnement vaginal glycériné et pansement à l'eau tiède (Priessnitz'scher Verband) du bas-ventre. La durée du traitement a varié entre trois semaines et quelques mois ; la durée moyenne peut se chiffrer à 6 semaines.

J'ai dit que ces 433 malades ont été guéries plus ou moins complètement. En effet il faut défalquer du nombre quelques cas, rares du reste, dans lesquels la malade s'est soustraite au traitement et a quitté la clinique trop tôt. Ensuite un certain nombre de ces malades sont sorties de la clinique ayant encore un empâtement absolument indolore des annexes. Ces femmes-là ont continué les injections chaudes pendant un temps plus ou moins long, durant lequel elles restèrent en observation à la policlinique (service du traitement ambulatoire). En tous cas les femmes elles-mêmes se considérèrent comme guéries, n'ayant plus de symptômes subjectifs de leur maladie. Evidemment il est possible, il est probable même, que certaines d'entre elles ont eu de légères récidives de douleurs abdominales ; mais, d'autre part, il est bien sûr qu'il n'y a pas eu de récidives quelque peu graves, sauf dans un nombre de cas fort restreint. Dans les 433 cas, il s'en trouve une vingtaine qui ont été traités plus d'une fois de la même manière, ce qui équivaudrait à 5 p. 100 de récidives plus ou

moins graves et en tout cas assez gênantes pour motiver un nouveau séjour à la clinique. Pourtant ce dernier chiffre doit être considéré comme trop bas pour deux raisons : D'abord, une partie de mes malades de cette catégorie est recrutée parmi les servantes de brasseries, qui viennent presque toutes de l'Allemagne et ne restent pas longtemps ici. En cas de récidive, ces malades sont peut-être loin. Ensuite, il n'est pas certain qu'en cas de récidive grave les malades soient revenues à ma clinique, puisqu'elles peuvent se faire traiter dans un autre service. Le fonctionnement de l'assistance publique, ici, à Amsterdam, ne rend pas ces changements d'hôpital très faciles, de sorte que le nombre de ces derniers cas ne doit pas être bien grand. J'ai demandé à ce sujet des renseignements aux chefs des autres services gynécologiques, et leur réponse a confirmé ma supposition. J'ajoute enfin que, dans les cas de récidive sus-nommés, sont compris ceux qui avaient été en traitement dans un autre service, soit à Amsterdam, soit ailleurs.

Il est impossible de faire une évaluation exacte de l'importance des deux facteurs nommés ci-dessus; il est donc impossible aussi de dire de combien il faut diminuer les 70 p. 100 des guérisons sans opérations. Afin d'être certain de ne pas exagérer les résultats du traitement non-opératoire, disons *qu'un peu plus de la moitié des cas de salpingo-ovarite ne nécessite aucune intervention opératoire.* La signification de ce fait saute aux yeux, et il importe de l'accentuer, puisque, dans ces derniers temps encore, on a proclamé qu'il est d'une bonne chirurgie d'enlever les annexes quand elles sont malades.

Dans les cas rebelles au traitement médical décrit ci-dessus, que peut-on faire? Il y a d'abord le traitement balnéaire, qui est d'une efficacité quelquefois surprenante, mais qui malheureusement n'est pas à la portée de toutes les bourses. Ce sont les bains de boue qu'il faut prescrire dans ces cas et, d'après mon expérience, ceux de Elster et de Franzensbad méritent la place d'honneur dans le traitement des salpingo-

ovarites. Par contre, les eaux salines ne méritent pas du tout la réputation qu'on leur a faite à ce sujet. Il y a une parcelle de vérité et même davantage dans la boutade suivante, que j'entendis un jour d'un médecin d'une station balnéaire saline : « Si jamais vous avez une malade qui s'oppose à la salpingectomie proposée par vous, envoyez-la moi. Elle vous reviendra avec des douleurs tellement fortes qu'elle vous suppliera de l'opérer le plus tôt possible. »

L'électricité ne paraît pas donner de résultats satisfaisants, et la ponction électrique, préconisée par Apostoli, agissant absolument à l'aveuglette, doit être rejetée tout autant que le massage. Ce dernier moyen, précieux dans quelques cas rares de restes non-suppurants de paramétrite (cellulite pelvienne), est excessivement dangereux dans les cas de salpingo-ovarite rebelle, où l'on n'est jamais sûr qu'il ne se trouve pas un foyer purulent dans la masse inflammatoire intrapéritonéale.

Il y a enfin, avant d'en venir aux opérations proprement dites, la méthode de Walton-Doléris, qui consiste dans la dilatation large et permanente de l'utérus avec curettage et traitement topique de la surface de la cavité utérine. Cette méthode paraît tomber en oubli et, à mon avis, ce n'est que juste. Pour qui connaît l'anatomie des salpingo-ovarites, pour qui se rappelle qu'il ne s'agit généralement pas d'un abcès simple, mais au contraire d'abcès multiples ne communiquant pas entre eux ou à peine, pour qui sait enfin que l'isthme tubaire, la partie la plus proche de l'utérus, n'est généralement pas distendu par le pus, il n'y a pas de doute possible que le déversement du contenu du sac tubaire dans la cavité utérine ne puisse s'opérer que très rarement. La valeur de ce traitement, bien prouvée dans quelques cas, me semble résider surtout dans ce que la méthode Walton-Doléris agit de la même manière que le traitement médical décrit, en activant la résorption des produits inflammatoires. Mais il n'y a pas à dire, c'est un couteau à double tranchant, et il semble a priori que l'on ait autant, sinon plus de chances de faire naître une exacerbation de l'inflammation intrapéritonéale que d'ac-

tiver la résorption. C'est, de ma part, une objection toute théorique, mais elle m'a toujours paru si grave que je n'ai jamais eu le courage d'essayer de la dilatation permanente dans les cas de salpingo-ovarite.

Reste donc le traitement opératoire.

Parlons d'abord du traitement radical. Dans les affections unilatérales, c'est la salpingectomie simple et qui se fait presque toujours par la voie abdominale. Je ne crois pas qu'il se trouve aujourd'hui un seul chirurgien qui soit encore de l'avis de Lawson Tait, qu'il faut toujours enlever les deux trompes, même dans les affections unilatérales.

Dans les affections bilatérales on a le choix entre la salpingectomie double, l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. Puisqu'il ne s'agit pas, dans ce rapport, de chercher la meilleure méthode d'opération radicale des pyosalpingites, il n'est pas nécessaire que j'essaye de taxer la valeur relative de ces différents procédés. Ce qui importe, c'est d'être fixé sur trois points : premièrement, le danger de ces opérations; deuxièmement, le résultat, surtout au point de vue des symptômes subjectifs; et, enfin, les inconvénients adhérents à ces procédés.

Quel est le danger des opérations radicales ? Une réponse exacte à cette question, si simple qu'elle paraisse, est extrêmement difficile à donner. Cela tient à ce que le danger augmente ou diminue selon que les indications de l'opération sont plus restreintes ou bien plus relâchées, comme c'est du reste facile à prouver. Je me servirai d'abord des mêmes chiffres dont s'est servi M. Bouilly (1) dans son remarquable rapport sur le traitement des suppurations pelviennes, présenté au congrès de Genève.

Laparotomies 1.626 cas, 92 morts, soit 3.5 p. 100. L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la laparotomie donne 4.6 p. 100 de mortalité.

Sur 32 pyosalpingotomies abdominales que j'ai faites

(1) *Comptes rendus du Congrès de Genève* (gynécologie), I, p. 36, 1897.

depuis 1896, j'ai eu 7 cas de mort, soit 21,8 p. 100. La différence des deux chiffres est énorme et pourrait motiver la conclusion que je suis un opérateur extrêmement inhabile. Pour annuler cette conclusion trop hâtive (heureusement pour moi), je cite de la publication d'un de mes anciens assistants, M. Schouwman (1) que sur 27 salpingotomies faites de 1887 à 1890, je n'ai eu qu'un cas de mort, soit une mortalité de 3,7 p. 100. L'explication de l'écart entre mes deux chiffres personnels est simple. Dans la petite série de M. Schouwman, comme dans la grande statistique citée, se trouvent pêle-mêle toutes mes castrations abdominales pour affections annexielles, tandis que dans mes opérations faites depuis 1896, il ne s'agit que de pyosalpingotomies graves. J'insiste sur cette dernière qualification, car elle est importante. Depuis que j'ai pris la direction de la clinique gynécologique d'Amsterdam, le nombre relativement énorme des salpingo-ovarites que j'y ai traitées m'a rendu de plus en plus conservateur, de sorte que je ne fais la salpingotomie que dans des cas exceptionnels, et encore faut-il qu'ils ne se prêtent pas à l'hystérectomie vaginale. L'importance du changement de mes indications ressort clairement du résultat de toutes mes salpingotomies abdominales prises ensemble depuis 1896. Il y en a 53 avec 8 cas de mort, soit une mortalité de 15 p. 100. La différence entre ces 15 p. 100 et les 3,7 p. 100 de la première série est trop grande pour l'expliquer seulement par le hasard et par le nombre trop restreint des cas ; elle ne s'explique que par le choix des cas à opérer.

Dans la même statistique citée par M. Bouilly, il se trouve sur 1.113 hystérectomies vaginales, 39 morts, soit 3.5 p. 100. Pour cette opération, aussi, mes tendances conservatrices, qui réservent l'hystérectomie pour les cas exceptionnels, se font sentir. Sur 32 cas opérés depuis 1896, j'ai eu 2 morts, soit une mortalité de 6 p. 100. (Je ferai déjà remarquer, ici,

---

(1) D. Schouwman, Bijdrage tot de Casuistik der Salpingotomie. *Ned. Tijdschrift v. Verlosk. en Gyn.*, II, p. 210, 1890.

que mes hystérectomies secondaires, après insuccès de la colpotomie, n'ont pas donné de cas de mort.)

Voyons encore quelques autres chiffres pris un peu au hasard dans les publications de différents opérateurs.

M. Boldt (1) a, sur 67 pyosalpingotomies, 7 cas de mort, soit 10,4 p. 100; sur 112 cas de salpingotomies de toutes les sortes, 8 cas de mort, soit 7,1 p. 100.

M. Schauta (2) a, sur 290 pyosalpingotomies, 17 cas de mort, donc une mortalité de 5,8 p. 100.

M. Jacobs (3) a, sur 51 pyosalpingotomies, 3 cas de mort, soit 6 p. 100; sur 214 cas de salpingotomies de toutes les sortes, 8 cas de mort, soit 3,7 p. 100.

Pour l'hystérectomie vaginale, la statistique de M. Segond, publiée par M. Baudron (4), donne sur 114 cas de lésions suppurées 13 cas de mort, soit une mortalité de 11,4 p. 100. Sur 82 opérations de lésions non suppurées, la mortalité fut nulle, donc en tout une mortalité de 13 sur 196, soit 6,6 p. 100.

J'ai puisé à dessein ces chiffres dans l'arsenal de ceux qui sont partisans du traitement radical, afin de ne pas trop assombrir le tableau.

La conclusion de tout ceci me semble être que les opérations radicales, tant abdominales que vaginales, donnent une mortalité de 5 à 6 p. 100 au moins.

Envisageons, maintenant, la seconde question : celle des résultats au point de vue surtout de la guérison subjective.

M. Veit (5) arrive à la conclusion que, par la salpingotomie abdominale, à peu près 85 p. 100 des malades sont plus ou moins complètement guéries.

---

(1) H. J. Boldt, Salpingo-oophorectomy and its results. *Medical Record*, 1890.

(2) K. A. Herzfeld, *Klinischer Bericht über tausend Bauchhölen-Operationen*. Wien, 1895.

(3) Ch. Jacobs, 1896, Laparotomies. *Bull. de gyn. et d'obstétrique*, juin 1899.

(4) E. Baudron, *De l'hystérectomie vaginale*. Paris, 1894.

(5) J. Veit, Erkrankungen der Tube. *Handbuch der Gynækologie*, III, 2, p. 828.

M. Delbet (1) a trouvé sur 85 observations 45 guérisons complètes, 31 guérisons incomplètes et 12 insuccès, ce qui donne 54 p. 100 de guérisons complètes.

A M. Richelot (2) la castration vaginale totale a donné 94 p. 100 de guérisons définitives et la laparotomie 64,5 p. 100.

Pour l'hystérectomie, le chiffre des guérisons complètes obtenues par M. Segond ne diffère pas sensiblement du précédent, étant 92 p. 100.

M. Boldt (3) arrive à 56 p. 100 de guérisons complètes par la laparotomie. Ajoutons, enfin, que dans la thèse de M. Baudron il se trouve une liste de résultats éloignés publiés par les laparotomistes, dans laquelle le taux des guérisons complètes varie entre 31 et 91 p. 100.

La différence de ces chiffres que l'on pourrait augmenter à volonté ne laisse pas d'étonner un peu à première vue. Elle s'explique, partiellement, par une supériorité assez bien marquée de l'hystérectomie sur la laparotomie, mais elle prouve surtout que le critérium de la guérison complète n'est pas le même pour tous les opérateurs. Si ceux qui ne notent que 31 p. 100 de guérisons complètes peuvent être qualifiés de pessimistes, par contre, il faudra traiter d'optimiste celui qui arrive à avoir 94 p. 100 de guérisons complètes. La vérité se trouve probablement entre les deux, quoique, d'après ce que j'en ai vu moi-même, plutôt vers le côté optimiste. S'il n'est pas possible de fixer les chances de guérison complète par un chiffre exact, il faut en tout cas convenir qu'elles ne sont nullement certaines, de sorte que l'opération la plus radicale dans le sens anatomique ne l'est pas toujours dans le sens clinique.

Enfin, il y a la question des inconvénients, des désavantages des opérations radicales. Sur ce point, il n'y a pas de divergence d'opinions.

---

(1) Veit, *loc. cit.*

(2) Fauchet, *Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1896.

(3) *Loc. cit.*

Pour la laparotomie, il y a d'abord le danger des hernies ventrales, qui se chiffrent toujours — quoi que l'on fasse pour la suture des parois abdominales — entre 10 et 20 p. 100.

Pour l'hystérectomie et pour la salpingectomie bilatérale viennent ensuite les symptômes de la ménopause anticipée. Ces symptômes bien connus et étudiés d'une manière parfaite dans ces dernières années par M. Jayle (1) et par M. Werth (2), pour ne pas en citer d'autres, ne manquent presque jamais. Pour le chirurgien optimiste, ce ne sont que des « ennuis », mais il faut, en vérité, avoir un optimisme robuste pour ne pas appliquer un terme plus fort aux bouffées de chaleur, à la perte de mémoire, aux modifications de caractère, aux troubles de la nutrition, aux troubles neurasthéniques, etc.

Toutes ces suites de la castration se présentent à peu près sans exception, quoique pas toujours, dans le même degré. Leur durée est variable, et la certitude n'existe pas qu'elles se perdent dans deux ou trois ans. Les cas dans lesquels elles se trouvent être durables ne sont pas rares.

Je n'ai pas mentionné, sous ce rapport, la stérilité. En effet elle n'est ici que d'une importance secondaire. Dans les cas de pyosalpingite double, elle existe par le fait de la maladie, et l'opération, radicale ou non, ne peut rien y changer. Dans les affections unilatérales, au contraire, tout le monde est d'accord, du moins en principe, qu'il faut faire des opérations partielles. Malheureusement ce n'est qu'en principe qu'on est d'accord. Évidemment, on veut respecter et on respecte ce qui est sain. Mais nous savons tous combien c'est rare de trouver d'un côté une pyosalpingite et de l'autre côté une trompe vraiment saine. Aussi, on trouve dans les observations exactement décrites de tous ceux qui préconisent les opérations radicales, des cas dans lesquels la maladie,

---

(1) F. Jayle, Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1897, p. 403.

(2) R. Werth, Unters. über den Einfluss der Erhaltung des Eierstocks, etc. *Klin. Jahrbuch.*, 1902.

en vérité, était bilatérale, mais où d'un côté ou de l'autre la guérison complète avec perméabilité de l'oviducte eût été parfaitement possible. Dans ces cas-là, la stérilité est causée par l'opération, et cela sans aucune nécessité; donc il faut alors l'inscrire au passif de l'opération. Que cette accusation n'est pas faite à la légère, tout le monde le sait aussi bien que moi. Pourtant je tiens à la justifier en citant un passage du discours qu'a fait M. Macnaughton Jones à la séance du 14 novembre dernier de la British Gynæcological Society (1). « Etant donné un cas de maladie annexielle dans lequel les annexes sont sérieusement affectées, la possibilité d'une maladie partielle des annexes du côté opposé doit être discutée soigneusement avec la malade, et il faudra s'assurer de sa volonté bien déterminée au sujet de la conservation ou de l'extirpation de celle-ci. Il faut lui faire connaître la possibilité d'une seconde laparotomie ; il ne suffit pas que le chirurgien soit libre de faire ce qu'il juge nécessaire, mais il faut encore qu'il connaisse la volonté arrêtée de la malade, après lui avoir donné une explication aussi claire que possible sur les avantages et les inconvénients des deux conduites à suivre. S'il existe un doute raisonnable sur l'état futur des annexes en question, je crois que la meilleure voie à suivre est de les enlever, pourvu toutefois que la malade ait donné son plein consentement à ce procédé lorsqu'il est jugé nécessaire. »

Eh bien, je commence par dire à M. Macnaughton Jones que je n'hésite pas un instant à le classer dans la dernière des quatre catégories de gynécologues qu'il admet — les coquins, les imbéciles, les ignorants et les honnêtes — mais je me permets de douter qu'il lui arrive souvent d'épargner des annexes qui ne sont pas *absolument saines*. Dans les paroles citées de M. Macnaughton Jones, paroles pleines

---

(1) H. MACNAUGHTON JONES, The propriety of conservative « operations » in certain cases of adnexal disease demanding abdominal cœliotomy, *Med. Press.*, 19 nov. 1902.

d'une franchise qui honore celui qui les exprime, je trouve une preuve de la justesse de mon observation : qu'il faut dans certains cas mettre la stérilité au passif du traitement opératoire des maladies annexielles.

En résumant ce qui vient d'être dit, il faut constater que *les opérations radicales des salpingo-ovarites présentent :*

a. Un danger de mort qui doit être évalué au moins à 5 *ou* 6 *p.* 100 ;

b. Quelques chances plus ou moins grandes de ne pas donner un soulagement complet à la malade ;

c. La certitude de suites éloignées désagréables qui peuvent être au moins tout aussi gênantes que les plaintes qui ont occasionné l'opération.

A côté de cela, quel est le bilan des opérations conservatrices ? Pour répondre à cette question, il faut d'abord la diviser en plusieurs parties et se demander : 1° Quelles opérations conservatrices doivent être prises en considération ? 2° Quels en sont les dangers ? 3° Quels en sont les résultats ? Et enfin, pour arriver au bilan exact à opposer à celui des opérations radicales : 4° quels sont les cas auxquels les opérations conservatrices sont applicables ?

Par la voie abdominale on peut faire :

a. La libération de la trompe des adhérences qui l'enclavent, en faisant ensuite, si l'on veut, la salpingorraphie (Pozzi) ;

b. La résection de la trompe (A. Martin) ;

c. La salpingostomie (Skutsch) ;

d. La combinaison de la salpingostomie et de la salpingorraphie, la salpingo-ovaro-syndèse (Clado) :

e. La salpingectomie suivie de la transplantation de l'ovaire dans le tissu utérin (Palmer Dudley).

Par le vagin, on peut se frayer le chemin aux collections tubaires au moyen de la colpotomie postérieure, antérieure ou latérale, afin de traiter ensuite les annexes malades de la manière convenable à chaque cas.

Afin de pouvoir répondre à la seconde question : celle du danger, il est, pour le moment, inévitable de comprendre

dans la même statistique toutes les diverses opérations conservatrices abdominales. De cette manière, seulement, il est possible d'arriver à un chiffre assez élevé pour ne pas être trop influencé par le hasard.

J'ai pu trouver ainsi 101 observations d'opérations conservatrices abdominales (1) avec deux cas de mort.

Pour la colpotomie je n'emploierai que mes propres observations, dont le nombre est déjà assez élevé pour prétendre d'être mis au rang des grandes statistiques demandées par M. Bouilly, lors du congrès de Genève. La colpotomie faite dans 118 cas de pyosalpingite ou d'hydrosalpinx m'a donné deux cas de mort.

Le danger mortel des opérations conservatrices abdominales paraît donc être environ 2 p. 100; celui de la colpotomie n'est pas au-dessus de 1,75 p. 100. Cette mortalité insignifiante de la colpotomie acquiert encore plus de valeur par la raison suivante. Ces 118 colpotomies ne représentent pas des cas choisis, au contraire. Depuis plus de trois ans je fais *toujours* la colpotomie quand il y a une indication de traitement opératoire des tumeurs inflammatoires annexielles. Ce ne sont donc pas seulement des cas légers, bien au contraire ; comme j'emploie presque à outrance le traitement médical, ainsi que je l'ai dit plus haut, il ne me reste donc, pour le traitement opératoire, que les cas aigus très graves et les cas chroniques très rebelles. En faisant remarquer, en outre, que mes deux cas mortels furent des cas d'infection aiguë, j'ai donc bien le droit d'opposer mes 1,75 p. 100 de mortalité aux 5 à 6 p. 100 des opérations radicales.

A côté du danger mortel, il faut signaler, pour les opérations abdominales, celui des hernies ventrales, qui est de toute nécessité le même que dans les opérations radicales.

La colpotomie postérieure ne présente que le danger de la blessure du rectum, danger qui n'est pas plus grand que

(1) Dans cette statistique les opérations conservatrices sur l'ovaire ne sont pas comprises.

dans l'hystérectomie vaginale, de sorte, qu'ici, pas plus que là, il ne doit entrer en compte.

Pour la réponse à la troisième question : quels sont les résultats éloignés des opérations conservatrices ? nous nous heurtons à la même difficulté que pour l'évaluation des résultats éloignés des opérations radicales. Donc, ici, les chiffres ne seront probants, pas plus qu'ils ne l'étaient tout à l'heure.

Sur les 101 cas d'opérations conservatrices abdominales, il y en a 74 dans lesquels le résultat éloigné est indiqué. Onze fois on a noté un résultat mauvais et dans quatre de ces cas, on a dû faire une opération radicale secondaire. Pour les 63 autres, le résultat est noté comme satisfaisant, bon, ou même excellent, ce qui équivaudrait à 85 p. 100 de guérisons complètes. Ce chiffre élevé s'explique probablement, en partie, par l'optimisme des opérateurs, qui se montre plutôt quand il s'agit de quelques cas isolés, que lorsqu'on dispose d'une série un peu importante. D'autre part, le grand nombre des guérisons complètes tient certainement à ce que les opérations conservatrices abdominales sont pour la plupart faites dans des cas choisis et peu graves en soi.

Sur mes 118 colpotomies, il y en a d'abord 14 dans lesquelles le résultat a été franchement mauvais. Parmi ces 14 cas se trouvent 2 femmes qui auraient probablement pu guérir par une seconde colpotomie, mais qui n'en ont pas voulu, et une autre chez laquelle l'état local ne présente plus rien d'anormal, mais qui continue à souffrir d'une névralgie pelvienne. Quatre fois la continuation de l'inflammation tubaire a nécessité une opération radicale secondaire. Les 7 cas qui restent représentent le contingent de la salpingite tuberculeuse qui m'a donc toujours donné un résultat mauvais et pour laquelle j'ai fait trois fois l'hystérectomie secondaire.

Pour les autres cas, je n'ai réussi à avoir des nouvelles que de 31 de mes opérées dont l'opération date de plus d'un an au moins. De ces 31 cas, la guérison fut complète dans 18, presque complète dans 11. Les deux autres sont des insuccès

complets. D'après ces données, il est probable que la grande majorité des autres opérées est guérie aussi, surtout parce que les femmes guéries incomplètement sont presque toutes revenues nous consulter à la policlinique, tandis que nous avons dû faire des recherches, comme l'on voit, assez infructueuses pour trouver les autres.

Mais, ce qui a plus d'importance que ces chiffres — toujours plus ou moins arbitraires — des guérisons complètes, c'est que toutes ces malades, exception faite des 7 auxquelles j'ai fait une opération radicale secondaire, ont échappé aux misères multiples de la ménopause anticipée. Parmi elles il n'y en a pas moins de 30 qui, sans aucun doute, selon des idées généralement acceptées, auraient dû être soumises à l'hystérectomie totale. Afin de ne pas rendre ce rapport trop long, je renvoie pour la preuve de cette dernière assertion aux *Annales de gynécologie et de chirurgie abdominale* (1), dans lesquelles 16 de ces cas sont décrits d'une manière assez détaillée pour permettre un jugement objectif. Parmi ces femmes il y en eut :

De 17 ans	1
— 20 —	6
— 21 à 25 ans	9
— 26 à 30 —	8
— 31 à 35 —	3
— 37 ans	1
— 42 —	1
— 45 —	1

C'est là que se trouve le grand avantage, la véritable supériorité des opérations conservatrices sur les opérations radicales.

Disons enfin un mot sur la fertilité des opérées. Quand il s'agit de maladies unilatérales, les grossesses ne sont pas

(1) Tome VI, 1902, p. 1.

rares ni après les opérations abdominales, ni après les interventions par voie vaginale. Pour les premières, je renvoie à la thèse de M. Jarsaillon (1); pour les secondes, aux publications de M. Fraipont (2) et de M. Goullioud (3). Sous ce rapport, aussi, le succès des opérations conservatrices est incontestable.

Avant de quitter cette troisième question, il me faut encore ajouter quelques mots à propos du danger des récidives, danger qui constitue la grande pierre d'achoppement des colpotomies. On ne saurait nier que ce danger existe, mais il est bien moindre qu'il ne l'était autrefois, grâce à la technique moderne, plus hardie et surtout plus complète. L'incision simple, suivie de drainage, ne peut évidemment suffire que dans les cas — plutôt exceptionnels — de l'existence d'un simple sac purulent. Dès qu'il y a plusieurs poches séparées par des cloisons de la paroi tubaire œdématiée, l'incision de la poche principale ne suffit pas et rend les récidives presque inévitables. Mais, quand on fait, ainsi que l'a conseillé Laroyenne, un débridement soigné de toutes les cloisons que le doigt peut atteindre, les chances de guérison par granulations augmentent de beaucoup. Par ci, par là, il faudra faire une seconde colpotomie, bientôt après la première, mais une fois que tout le pus est évacué, les parois tubaires malades se trouvent dans les meilleures conditions possibles pour une guérison tant soit peu radicale. Évidemment ce n'est pas, ce ne sera jamais une *restitutio ad integrum*, pas plus que dans la majorité des cas guéris par le traitement médical. Mais, après la salpingectomie, après l'hystérectomie, arrive-t-on à cela ? Encore moins que par le traitement conservateur, qu'il soit médical ou chirurgical.

Si la récidive rapide, preuve d'une évacuation incomplète,

---

(1) L. Jarsaillon, *De la salpingostomie*. Paris, 1899.

(2) F. Fraipont, *Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvipéritonite suppurée*. Liège, 1894.

(3) Goullioud, Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite. 8e *Congrès français de chirurgie*, 1894.

nécessitant une seconde colpotomie, arrive assez souvent, les récidives tardives, celles qu'on doit appeler les vraies récidives, sont au contraire assez rares. Mais, même si elles étaient plus fréquentes, il n'y aurait pas là un argument de grande valeur contre la colpotomie. En répétant la même opération inoffensive on peut aisément venir à bout de ces cas récidivants.

Plus fréquente que dans les cas de pyosalpinx est la récidive dans les hydrosalpingites. Le fait en lui-même n'a rien d'étonnant, mais il doit être signalé dans le but de préciser les indications des différentes opérations et de donner ainsi la réponse à la quatrième question.

Parmi les opérations abdominales, la libération de la trompe suivie — ou non — de la salpingorraphie sera une opération pour ainsi dire accidentelle. Il est difficile de s'imaginer une indication raisonnable de la laparotomie, là où il n'y a pas autre chose à faire qu'une salpingorraphie. Ce sera donc surtout, sinon uniquement, dans le cas d'une salpingectomie unilatérale qu'on aura l'occasion de libérer l'autre trompe de ses adhérences et de la fixer à l'ovaire.

L'opération de M. Palmer Dudley : salpingectomie avec transplantation de l'ovaire, ne sera ni nécessaire ni possible que dans des cas très exceptionnels. Ce n'est du reste qu'une tentative intéressante et hardie, et même son inventeur n'y voit pas une méthode de choix. Mais on fera bien de se la rappeler quand on veut faire des opérations conservatrices sur la trompe par la voie abdominale.

Les trois autres opérations : la résection de la trompe, la salpingostomie et la salpingo-ovaro-syndèse seront surtout indiquées dans les affections tubaires non purulentes. Il est vrai qu'on a fait la résection tubaire dans des cas de pyosalpinx et même dans des cas assez aigus (Palmer Dudley) ; mais cela n'empêche pas, tant qu'on ne peut pas avoir la certitude que le pus soit stérile, que les opérations conservatrices abdominales présentent trop d'aléas pour les faire entrer dans la pratique courante. Mais dans les cas sans pus, ces opérations sont et très bénignes et souvent très efficaces.

Quant à la colpotomie, il y a d'abord le choix à faire de la place de l'incision. Pour une opération conservatrice qui nécessite un traitement post-opératoire assez et quelquefois très long, la colpotomie antérieure me semble donner une complication inutile et gênante, à cause du voisinage de la vessie du terrain opératoire.

L'avantage qu'offre la colpotomie latérale (Stratz) (1), en donnant accès aux collections tubaires sans ouvrir le péritoine a peu d'importance depuis que nous savons qu'il n'y a aucun danger à traverser la cavité de Douglas pour arriver à des pyosalpinx, même à contenu très infecticux, et à les ouvrir. Par contre, le danger de blessure de l'uretère et de l'artère utérine, incontestable dans la colpotomie latérale et n'existant pas du tout dans la colpotomie postérieure, fournit une raison positive pour le choix de cette dernière méthode. Sur ce point, je suis tout à fait d'accord avec tous ceux qui font beaucoup de colpotomies pour les pyosalpinx. Je ne nomme que M. M. Dührssen (2), J. L. Faure (3), Goullioud (4), Lwoff (5) et De Wasten (6).

Le cul-de-sac postérieur une fois ouvert, on peut se servir soit des instruments de Laroyenne, soit du bistouri, soit des doigts. L'appareil de Laroyenne me paraît être superflu, quoiqu'il ait rendu et puisse rendre encore de grands services à celui qui a coutume de s'en servir. Le bistouri ne peut être mis en usage que dans les cas où il y a moyen de rendre la tumeur accessible à la vue. Que l'on emploie le trocart de Laroyenne ou le bistouri, toujours faudra-t-il, pour arriver à un bon résultat, que les doigts entrent dans la tumeur tubaire pour aller à la recherche des cloisons et les déchirer, s'il y a lieu. Le plus simple est donc de se servir des doigts dès le

(1) *Centralblatt f. Gyn.*, 1899, p. 1166.
(2) *Arch. f. Gyn.*, LX, p. 426.
(3) *Chirurgie des annexes de l'utérus.* Paris, 1902.
(4) *Arch. provinciales de chirurgie,* 1883.
(5) *Frommel's Jahresbericht*, 1897, p. 162.
(6) Communication orale.

commencement et de les employer aussi à la perforation de la paroi tubaire, s'aidant seulement d'une pince à pansement fermée lorsque cette paroi est trop résistante pour les doigts. La paroi tubaire perforée, on déchire toutes les cloisons que le doigt rencontre dans la trompe, on fait un lavage antiseptique, et l'application d'un tampon de gaze iodoformée termine l'opération, qui est d'une simplicité extrême.

Quant à la question : quelles sont les collections tubaires que l'on peut traiter par la colpotomie postérieure ? la réponse est tout aussi simple : toutes (1). Dans la série d'observations que j'ai publiées on trouve des affections anciennes tout comme des récentes, des tumeurs bilatérales aussi bien que des unilatérales, des cas opérés à froid et des cas opérés dans la période aiguë, des lésions facilement accessibles et d'autres très haut situées, de petites tumeurs de même que des grandes, des cas compliqués de pelvipéritonite séreuse ou purulente et des cas dans lesquels le cul-de-sac de Douglas était libre de tout signe d'inflammation.

Il va sans dire que le résultat définitif ne sera pas également bon dans tous les cas ; j'ai déjà signalé ce fait et j'y reviendrai dans mes conclusions.

En dressant, d'après ce qui précède, le bilan des opérations conservatrices, on trouve que *les opérations conservatrices des salpingo-ovarites présentent* :

a. Un danger de mort qui doit être évalué tout au plus à 2 p. 100;

b. Quelques chances plus ou moins grandes de ne pas donner un soulagement complet à la malade;

c. Quelques chances aussi d'être insuffisantes et de nécessiter une seconde opération, soit conservatrice, soit radicale ;

d. La certitude de ne pas procurer à la malade une nouvelle maladie, sous la forme de la ménopause anticipée.

---

(1) Il n'y a qu'une seule exception à faire, savoir : pour les grands sacs tubaires qui se trouvent libres de toute adhérence, au-dessus du détroit supérieur. Mais ces cas sont tellement exceptionnels qu'il est permis de ne pas en tenir compte ici.

En comparant ce bilan à celui des opérations radicales donné plus haut, le choix ne me paraît ni difficile ni douteux, et les conclusions suivantes s'imposent :

I. Contre les salpingo-ovarites le traitement dit médical suffit au moins dans la bonne moitié des cas.

II. Le traitement médical étant insuffisant ou contre-indiqué, on ne doit jamais faire d'emblée une opération radicale, n'importe laquelle.

III. La première étape opératoire doit être toujours la colpotomie postérieure.

IV. Lorsque par la colpotomie postérieure on a découvert qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse, il faut faire l'hystérectomie aussitôt que possible.

V. Dans les cas d'hydrosalpinx rebelles à une colpotomie répétée et qui nécessitent une autre intervention, et dans les cas où on veut essayer de remédier à la stérilité de la femme, les opérations conservatrices abdominales (résection, salpingotomie, salpingo-ovaro-syndèse) sont indiquées.

VI. La salpingorraphie doit être réservée comme opération accessoire au cours d'une laparotomie faite pour n'importe quelle autre indication.

ÉTIOLOGIE, PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

DES RUPTURES DE L'UTÉRUS PENDANT LES COUCHES (1)

Par **Nicolas Ivanoff**,
Professeur agrégé de l'Université impériale de Moscou,
assistant de la Maternité de Moscou.

La statistique montre que la rupture de l'utérus pendant l'accouchement n'est pas rare. De 1877 à 1901, sur 118.581 accouchements qui ont eu lieu à la Maternité de Moscou, il s'est trouvé 124 cas de rupture, c'est-à-dire un cas sur 961. Sur ces 124 cas, 80 se sont passés à la Maternité de Moscou, et 39 en dehors. On ignore cependant où 5 cas ont eu lieu. En divisant 118.581 par 80, c'est-à-dire en comptant seulement les cas qui se sont passés à la Maternité de Moscou, le rapport sera de 1 sur 1.482.

Si l'on considère ces 124 cas de rupture au point de vue étiologique, on voit qu'ils se divisent naturellement en plusieurs groupes, suivant les conditions pathologiques qui ont provoqué la rupture. Ces groupes sont : *a*) les ruptures dans les cas de placenta prævia; *b*) les cas de présentation transversale; *c*) les cas d'hydrocéphalie; *d*) les cas de présentation du front; *e*) les cas de bassin vicié; *f*) les cas de modification pathologique des parois de l'utérus. Il est évident, que bien de ces cas peuvent se rapporter en même temps à plusieurs de ces groupes.

a) *Ruptures dans les cas de placenta prævia.* — Examinons d'abord le groupe des ruptures dans les cas de placenta prævia. Ce groupe se compose de 12 cas; sur 12, 11 étaient

---

(1) Communication préalable lue, le 27 avril 1903, au XIVe Congrès international de médecine de Madrid.

traumatiques; il n'y eut qu'un cas de rupture spontanée : il s'agissait d'une présentation frontale dans un bassin aplati. De 8 cas décrits dans la littérature, 5 assurément sont traumatiques, 2 probablement, et 1 spontané. Une telle prédominance des ruptures traumatiques s'explique aisément par ce fait que l'hémorragie, en cas de placenta prævia, demande presque toujours une opération trop prématurée, alors que l'orifice cervical est très insuffisamment dilaté, ce qui fait qu'elle est souvent entreprise au risque évident de la rupture. En se rappelant que les cas du placenta prævia ne sont pas très rares, il faut s'étonner que les ruptures dans ces cas ne soient pas plus nombreuses; mais ce rapprochement ne réfute pas quand même l'explication donnée par les auteurs, à savoir : la prédisposition des tissus. Nous avons deux cas où l'on a constaté à l'autopsie une extrême friabilité des parois du col et un fort amincissement avec atrophie de la couche musculaire. A propos de la topographie et de l'aspect des ruptures, nous devons constater que dans la majorité de nos cas et dans les 5 cas traumatiques déjà publiés, les ruptures étaient latérales, pour la plupart incomplètes (c'est-à-dire que le péritoine restait intact) et pénétrant le tissu des ligaments larges. La direction des ruptures était longitudinale, c'est-à-dire parallèle à l'axe utérin ou bien s'en rapprochant.

Cette observation est conforme à la règle générale tirée de notre statistique. Elle montre que la majorité des ruptures traumatiques sont latérales, avec tendance à pénétrer dans les couches du ligament large ou à se rapprocher de la direction longitudinale. Des 49 cas indubitablement traumatiques, 35 sont précisément dans ce cas. Cette règle pourrait peut-être avoir une signification médico-légale.

b) *Ruptures dans les cas de présentation transversale.* — Ici on compte 24 cas de ruptures, dont 15 sans doute traumatiques; l'origine de 8 autres cas n'a pu être constatée faute de renseignements précis; le dernier a trait à un cas d'évolution spontanée.

Des 15 cas de ruptures traumatiques, 11 ont eu la même situation et direction : les déchirures étaient latérales, longitudinales, pénétrant le tissu cellulaire. Comme règle, les ruptures se faisaient dans le col et se prolongeaient dans le corps.

En se basant ainsi sur notre collection, nous pouvons arriver à la même conclusion que Freund, c'est-à-dire que l'intervention opératoire est dans la majorité des cas la cause des ruptures lorsqu'il s'agit d'une présentation transversale. L'étude de notre tableau statistique nous permet de constater que l'intervention infructueuse des sages-femmes et même des médecins prépare beaucoup la future rupture au moment de l'opération.

c) *Ruptures dans les cas d'hydrocéphalie.* — Nous en avons 4 cas. Dans tous ces cas la durée de l'accouchement était très longue (en moyenne 51 heures) et dépendait de ce que l'hydrocéphalie n'avait pas été reconnue à temps, ce qui amenait par conséquent la rupture. Les cas de rupture de l'utérus décrits dans la littéture reconnaissent souvent la même cause. Les résultats de l'autopsie dans nos cas d'hydrocéphalie démontrent que la rupture était précédée par une forte distension et un amincissement des parois du col. La direction et les lieux des ruptures étaient très variables.

d) *Ruptures dans les cas de présentation frontale.* — Nous en avons 6 cas, 3 avec les bassins rétrécis, enregistrés dans le groupe correspondant. Les trois autres, quoique traumatiques, doivent comprendre un groupe séparé, la position frontale pouvant par elle-même empêcher l'accouchement normal.

e) *Ruptures dans les bassins rétrécis.* — Pour les causes des ruptures dans les bassins rétrécis et leurs provenances, il existe une explication très connue de Bandl, jusqu'à présent acceptée sans conteste.

L'étude de nos collections nous mène à des conclusions qui

ont peu d'analogie avec la doctrine de Bandl. Indépendamment de cette doctrine, il se dégage des lois spéciales de l'étude des 50 cas de ruptures dans les bassins rétrécis de notre collection. Premièrement, 46 cas se divisent strictement et nettement en deux groupes : les cas de bassins généralement rétrécis et les cas de bassins aplatis.

Ruptures dans les cas de bassins généralement rétrécis. — Envisageons certains cas types. Voici le premier : on trouve à l'autopsie, dans la paroi postérieure et inférieure du corps de l'utérus, une perte de substance considérable ayant la forme d'une profonde ulcération de 2 centimètres et demi de diamètre. Ensuite, au milieu de la paroi postérieure du col se trouve encore une perte de substance en forme de cratère, suivie de perforation de la paroi utérine à l'endroit où elle est encore recouverte par le péritoine. Vue d'arrière cette perforation présente l'aspect d'un orifice parfaitement rond, de la dimension d'une monnaie d'or de 10 francs aux bords tranchants. L'accouchement s'est terminé sans l'intervention de l'art. La femme a succombé à la suite de péritonite. L'ulcère de la partie inférieure de l'utérus et la perforation du col étaient dus évidemment au frottement de la tête fœtale contre le promontoire à travers la paroi utérine.

Les deux cas suivants se ressemblent par leur origine. Les ruptures sont produites au moment de l'opération, mais elles étaient préparées, pendant la longueur de l'accouchement, précisément par le frottement des parois du col par les saillies anormales du bassin, au point qu'à l'autopsie ces parties molles étaient transparentes avec perforation au centre.

Dans le premier de ces cas, le bassin présentait la particularité suivante : sur les bords supérieurs des branches horizontales du pubis, les crêtes pectinéales des deux côtés étaient anormalement hautes avec des bords très tranchants; leur point culminant présentait trois quarts de centimètre de hauteur; elles avaient l'aspect de lames de couteau. Dans le second de ces cas, deux ruptures ont eu lieu en avant et en arrière, qui étaient également dues au frottement de la

paroi postérieure contre le promontoire et de l'antérieure contre l'exostose, placée à la surface interne de la symphyse.

Ces trois cas sont assez typiques; ils font comprendre les autres cas de rupture dans les bassins généralement rétrécis. La majorité des ruptures de la paroi utérine, violentes ou spontanées, étaient provoquées par le frottement de la tête contre les os du bassin. Quelquefois il y a eu une prédisposition provenant des accouchements antérieurs; dans ces cas la durée de l'accouchement était très courte.

En général, la particularité caractéristique des cas de bassins généralement rétrécis est la longue durée de l'accouchement. — On remarque aussi que les enfants étaient extraordinairement gros.

Les cinq derniers cas étaient traumatiques et provoqués par la grande difficulté de l'opération (forceps, cranioclasie et céphalotripsie).

Ruptures dans les bassins aplatis. — Les ruptures spontanées dans les bassins aplatis forment un groupe spécial. D'abord, et en premier lieu, ces cas se distinguent par l'uniformité de la direction, de la forme et du siège de la rupture. Toutes les déchirures ont une direction transversale et siègent dans la partie susvaginale du col.

En outre, dans tous ces cas, la durée de l'accouchement était d'une rapidité frappante.

Le tableau statistique des ruptures dans les cas de bassin aplati comprend 26 cas : les 13 premiers sont spontanés ; les 3 suivants le sont probablement aussi ; 1 cas était traumatique, mais avec prédisposition ; les 7 derniers cas sont trau matiques.

Des 17 premiers cas, c'est-à-dire là où le traumatisme n'intervenait pas au point de vue étiologique, il s'en est trouvé 12 dans lesquels l'accouchement s'est prolongé de 8 à 16 heures.

Dans 5 cas on constate la faiblesse des contractions (tandis que la durée de l'accouchement était à peine de dix heures). Tout ceci fait bien voir quelle foudroyante surprise les ruptures de cette catégorie donnent aux personnes de 'entourage.

Ceci n'arrive certainement que dans les établissements où, dans les cas des bassins aplatis, on ne fait pas de versions.

En quoi consiste donc la cause de ces ruptures inattendues ?

Dans le premier des cas la rupture s'est manifestée en avant et à droite, au niveau de l'orifice interne. La femme a guéri. Un an plus tard, la même femme présentait de nouveau une rupture au même endroit, en avant et à droite, au niveau de l'orifice interne. A l'examen microscopique de la pièce anatomique, on a constaté du tissu cicatriciel développé à l'endroit de la rupture évidemment pendant la guérison de la rupture précédente.

Le cas suivant est identique.

Le cas suivant est dans le même genre ; l'accouchement antérieur était fort difficile. La mère de la parturiente disait que le docteur s'était servi 9 fois de forceps. A l'examen microscopique, on voit la métrite scléreuse du col (*métritis colli sclerotica*) et à l'endroit de la rupture une cicatrice typique.

Dans tous les cas précipités, la prédisposition à la rupture jouait le rôle principal. Cette prédisposition consistait en modification cicatricielle du col.

Nous autres, accoucheurs, connaissons bien par expérience que les tissus modifiés par les cicatrices sont beaucoup plus disposés à la rupture que les normaux (les ruptures du périnée, par exemple, à l'endroit de l'ancienne cicatrice). La cause de la rupture n'est pas aussi nette dans les autres cas que dans ceux qui viennent d'être décrits. Mais, par analogie avec eux, nous n'allons pas commettre une grosse erreur contre la logique en admettant, dans les cas suivants, cette modification cicatricielle comme cause prédisposante de la rupture.

Cette assertion est confirmée par les considérations suivantes. Toutes les ruptures spontanées décrites se produisaient chez des multipares.

De même, l'incapacité absolue de l'utérus pour les ruptures spontanées chez les primipares est constatée depuis long-

temps. Dans toute notre collection nous n'avons que 11 cas de ruptures spontanées chez les primipares. Le tableau statistique des déchirures dans les bassins aplatis ne nous donne qu'un cas chez la primipare et encore cela est arrivé pendant l'opération, car le travail durait depuis 120 heures.

L'accouchement antérieur prédispose donc l'utérus à la rupture.

Comment cela se passe-t-il dans les bassins aplatis?

L'analyse des cas de rupture dans les bassins généralement rétrécis nous montre que la déchirure est précédée par la perte de substance dans le tissu utérin, grâce à la pression et au frottement de la tête contre les os du bassin.

En général, ce n'est pas une chose rare dans les cas de bassins rétrécis. Dans quelques cas, rares il est vrai, cela mène à des ruptures utérines, qui pénètrent dans la cavité abdominale. Dans d'autres, il se produit des fistules, quelquefois encore une insignifiante usure non pénétrante et guérissable par simple cicatrice. Il faut croire que, dans les cas des bassins aplatis, ces usures ne sont pas rares. Elles surgissent quand la tête est encore à l'entrée, c'est-à-dire dans la partie la plus étroite du bassin.

Et, comme dans les bassins aplatis, la partie la plus étroite se trouve entre la symphyse et le promontoire, les usures s'y produisent en avant ou en arrière, correspondant à la symphyse ou au promontoire.

Mais la pression seule n'est pas suffisante. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur nos pièces pour s'assurer que la distension y a pris part aussi.

Bandl signale que cette distension se produit par l'élévation de l'anneau de contraction et parce que le corps utérin en se contractant attire le segment inférieur en haut. Cependant cette hypothèse de Bandl, n'explique nullement pourquoi les ruptures antérieures prédominent, tandis que les postérieures, qui correspondent au promontoire, sont très rares.

Il est probable que la paroi antérieure du col subit une distension plus forte.

Ce fait trouve son explication dans l'étude du mécanisme de l'accouchement élaborée par MM. Pinard, Varnier et Farabeuf. D'après eux, l'axe de l'utérus, relativement à l'axe du détroit supérieur, est incliné en arrière, ce qui fait que la tête au détroit supérieur s'appuie par son sommet contre le pubis, de manière que la suture sagittale se trouve plus rapprochée du pubis que du promontoire. Il va sans dire que plus l'inclinaison du bassin est forte, plus ces rapports sont intimes. Il se peut que cette non-coïncidence des axes de l'utérus et du détroit supérieur, cette interposition de la tête, cette inégale distension du col dépendent exclusivement de ce que la femme en travail se couche sur le dos. Il se peut que la position naturelle pendant le travail soit la position assise ou demi-assise, ou même accroupie, lorsque la tête de l'enfant est déjà à la vulve. Par conséquent, les paysannes russes ont peut-être raison de ne pas aimer à être couchées pendant le travail. Dans les maternités on les voit souvent réclamer la position assise et même, à la période d'expulsion, elles demandent à s'accroupir comme pendant l'acte de la défécation.

Dans des conditions ordinaires, le frottement et la distension des parois de l'utérus par la tête du fœtus n'ont pas de suites ; mais, dans certains cas, par exemple dans celui d'un bassin particulièrement aplati, il peut y avoir usure de la paroi du col, laquelle guérit par cicatrisation. Pendant l'accouchement ultérieur, le frottement et la distension, dont nous venons de parler, peuvent se répéter, et ce sera au même endroit, correspondant à la symphyse, vu que cette action de la tête commence et finit toujours pendant qu'elle traverse l'entrée du bassin.

Après une série de tels accouchements, il s'est formé soit plusieurs cicatrices distinctes, soit une seule. Enfin, la partie antérieure du col peut être modifiée à un tel point qu'un travail même peu prolongé et des douleurs pas fortes suffisent pour en produire la rupture.

Dans tous les cas scrupuleusement examinés que nous

RMIQUE

PELVIENNE

elphie), gynécologiste
tal.

rs été le problème le
emiers temps jusqu'à
qu'on est arrivé à ce
ture élastique absor-
commencé sans liga-
merveilleux apportés
s de stérilisation, une
les moyens de s'en
es objections à élever
stater qu'on accorde
de substance étran-
psie ont été essayées
torsion, en tant que
e mise en chirurgie
facilement et sûre-
oid est séduisante.
us la main et étant
la chirurgie, si l'on
oir chimérique. Les
nt pas rapporté son
faits sans l'emploi
ploi de l'angiotribe
ture peut être liée
sérieuse contre la

sie que pour affir-

transversale. La rupture est latérale au lieu d'être antérieure. parce que le bassin se trouve être rétréci transversalement, comme le prouve la mensuration extérieure (dist. troch., 26), ainsi que celle faite à l'autopsie (conj. v., 12, dist. transv., 10).

f) *Ruptures dans le cas de modification pathologique des parois utérines.* — Dans 5 cas on dut considérer comme cause de la rupture la prédisposition des parois utérines à la rupture, c'est-à-dire leur faiblesse toute particulière. Ainsi, dans l'un de ces cas, il y avait une modification cancéreuse du col; dans un autre, l'examen microscopique nous fit constater en premier lieu une infiltration (?) cellulaire inflammatoire générale dans la paroi cervicale, en second lieu une cicatrice dans l'endroit même de la rupture. Dans les trois autres cas l'essence de la prédisposition indubitable des tissus à la rupture n'a pas pu être définie.

Dans 4 cas il y a eu rupture *du corps* de l'utérus provoquée violemment. Dans l'un, elle eut lieu pendant l'opération de l'expulsion du fœtus selon la méthode de Kristeller, lorsque la tête est déjà engagée; la rupture se produisit par cette raison que la paroi utérine se trouvait être modifiée par une multitude de fibromes qu'elle renfermait; cette rupture s'était produite entre deux fibromes du côté extérieur de l'utérus et sans aller jusqu'à la muqueuse, mais en causant une hémorragie pendant laquelle le sang se répandait dans la cavité abdominale.

J'ai examiné au microscope très minutieusement des coupes innombrables, prises sur 19 pièces anatomiques d'utérus de femmes mortes de ruptures pendant l'accouchement. Les résultats de tous nos examens se réduisent aux faits suivants :

Dans 5 cas on put constater un tissu cicatriciel typique à l'endroit de la rupture. On connaît le rôle des cicatrices dans l'étiologie des ruptures.

[illegible] cas il y avait infiltration cellulaire inflammatoire

de toute la paroi du col. Dans deux cas il y avait concomitance d'infiltration et de cicatrice. Dans tous les cas la mort était survenue moins de 12 heures après que la rupture s'était produite, c'est pourquoi l'infiltration ne peut être expliquée par une inflammation puerpérale.

Chaque opérateur sait combien les tissus infiltrés se rompent facilement. Une rupture doit donc se produire encore plus facilement lorsque l'infiltration est accompagnée de *cicatrices.*

Le tissu élastique a été soumis à un examen particulièrement minutieux, et nos recherches sous ce rapport nous ont prouvé que les connaissances sur les modifications du tissu élastique pendant la grossesse et après l'accouchement, répandues dans les ouvrages spéciaux, sont loin d'être suffisantes Cela nous fit d'abord entreprendre une série de recherches dans cette direction.

Les résultats de nos études sur le *tissu élastique de l'utérus* pendant la grossesse ont été exposés dans un article publié dans les *Archives de Virchow*, b. 169. Quant aux modifications que subit le tissu élastique après l'accouchement, elles sont exposées dans un autre article qui paraîtra également sous peu. Pour être bref, je me bornerai à l'énoncé d'une thèse générale fondée sur un grand nombre de vérifications et de comparaisons.

Je n'ai trouvé aucune espèce d'altérations pathologiques précises du tissu élastique des utérus dans lesquels il s'était produit une rupture pendant l'accouchement.

Des auteurs, tels que Dovydoff, Parochine, Thomson, Siéle, Polienoff, qui avant moi avaient examiné le tissu élastique de tels utérus, trouvaient qu'il avait subi des modifications. Je ne suis point de cet avis. D'après mes recherches, toutes les modifications observées par ces auteurs dans le tissu élastique de l'utérus, dans lequel une rupture s'était produite pendant l'accouchement, se rapportent à des modifications physiologiques qui ont lieu naturellement pendant la grossesse, le travail et la période puerpérale.

traumatiques; il n'y eut qu'un cas de rupture spontanée : il s'agissait d'une présentation frontale dans un bassin aplati. De 8 cas décrits dans la littérature, 5 assurément sont traumatiques, 2 probablement, et 1 spontané. Une telle prédominance des ruptures traumatiques s'explique aisément par ce fait que l'hémorragie, en cas de placenta prævia, demande presque toujours une opération trop prématurée, alors que l'orifice cervical est très insuffisamment dilaté, ce qui fait qu'elle est souvent entreprise au risque évident de la rupture. En se rappelant que les cas du placenta prævia ne sont pas très rares, il faut s'étonner que les ruptures dans ces cas ne soient pas plus nombreuses; mais ce rapprochement ne réfute pas quand même l'explication donnée par les auteurs, à savoir : la prédisposition des tissus. Nous avons deux cas où l'on a constaté à l'autopsie une extrême friabilité des parois du col et un fort amincissement avec atrophie de la couche musculaire. A propos de la topographie et de l'aspect des ruptures, nous devons constater que dans la majorité de nos cas et dans les 5 cas traumatiques déjà publiés, les ruptures étaient latérales, pour la plupart incomplètes (c'est-à-dire que le péritoine restait intact) et pénétrant le tissu des ligaments larges. La direction des ruptures était longitudinale, c'est-à-dire parallèle à l'axe utérin ou bien s'en rapprochant.

Cette observation est conforme à la règle générale tirée de notre statistique. Elle montre que la majorité des ruptures traumatiques sont latérales, avec tendance à pénétrer dans les couches du ligament large ou à se rapprocher de la direction longitudinale. Des 49 cas indubitablement traumatiques, 35 sont précisément dans ce cas. Cette règle pourrait peut-être avoir une signification médico-légale.

b) *Ruptures dans les cas de présentation transversale.* — Ici on compte 24 cas de ruptures, dont 15 sans doute traumatiques; l'origine de 8 autres cas n'a pu être constatée faute de renseignements précis; le dernier a trait à un cas d'évolution spontanée.

Des 15 cas de ruptures traumatiques, 11 ont eu la même situation et direction : les déchirures étaient latérales, longitudinales, pénétrant le tissu cellulaire. Comme règle, les ruptures se faisaient dans le col et se prolongeaient dans le corps.

En se basant ainsi sur notre collection, nous pouvons arriver à la même conclusion que Freund, c'est-à-dire que l'intervention opératoire est dans la majorité des cas la cause des ruptures lorsqu'il s'agit d'une présentation transversale. L'étude de notre tableau statistique nous permet de constater que l'intervention infructueuse des sages-femmes et même des médecins prépare beaucoup la future rupture au moment de l'opération.

c) *Ruptures dans les cas d'hydrocéphalie.* — Nous en avons 4 cas. Dans tous ces cas la durée de l'accouchement était très longue (en moyenne 51 heures) et dépendait de ce que l'hydrocéphalie n'avait pas été reconnue à temps, ce qui amenait par conséquent la rupture. Les cas de rupture de l'utérus décrits dans la littéture reconnaissent souvent la même cause. Les résultats de l'autopsie dans nos cas d'hydrocéphalie démontrent que la rupture était précédée par une forte distension et un amincissement des parois du col. La direction et les lieux des ruptures étaient très variables.

d) *Ruptures dans les cas de présentation frontale.* — Nous en avons 6 cas, 3 avec les bassins rétrécis, enregistrés dans le groupe correspondant. Les trois autres, quoique traumatiques, doivent comprendre un groupe séparé, la position frontale pouvant par elle-même empêcher l'accouchement normal.

e) *Ruptures dans les bassins rétrécis.* — Pour les causes des ruptures dans les bassins rétrécis et leurs provenances, il existe une explication très connue de Bandl, jusqu'à présent acceptée sans conteste.

L'étude de nos collections nous mène à des conclusions qui

ont peu d'analogie avec la doctrine de Bandl. Indépendamment de cette doctrine, il se dégage des lois spéciales de l'étude des 50 cas de ruptures dans les bassins rétrécis de notre collection. Premièrement, 46 cas se divisent strictement et nettement en deux groupes : les cas de bassins généralement rétrécis et les cas de bassins aplatis.

Ruptures dans les cas de bassins généralement rétrécis. — Envisageons certains cas types. Voici le premier : on trouve à l'autopsie, dans la paroi postérieure et inférieure du corps de l'utérus, une perte de substance considérable ayant la forme d'une profonde ulcération de 2 centimètres et demi de diamètre. Ensuite, au milieu de la paroi postérieure du col se trouve encore une perte de substance en forme de cratère, suivie de perforation de la paroi utérine à l'endroit où elle est encore recouverte par le péritoine. Vue d'arrière cette perforation présente l'aspect d'un orifice parfaitement rond, de la dimension d'une monnaie d'or de 10 francs aux bords tranchants. L'accouchement s'est terminé sans l'intervention de l'art. La femme a succombé à la suite de péritonite. L'ulcère de la partie inférieure de l'utérus et la perforation du col étaient dus évidemment au frottement de la tête fœtale contre le promontoire à travers la paroi utérine.

Les deux cas suivants se ressemblent par leur origine. Les ruptures sont produites au moment de l'opération, mais elles étaient préparées, pendant la longueur de l'accouchement, précisément par le frottement des parois du col par les saillies anormales du bassin, au point qu'à l'autopsie ces parties molles étaient transparentes avec perforation au centre.

Dans le premier de ces cas, le bassin présentait la particularité suivante : sur les bords supérieurs des branches horizontales du pubis, les crêtes pectinéales des deux côtés étaient anormalement hautes avec des bords très tranchants; leur point culminant présentait trois quarts de centimètre de hauteur; elles avaient l'aspect de lames de couteau. Dans le second de ces cas, deux ruptures ont eu lieu en avant et en arrière, qui étaient également dues au frottement de la

paroi postérieure contre le promontoire et de l'antérieure contre l'exostose, placée à la surface interne de la symphyse.

Ces trois cas sont assez typiques; ils font comprendre les autres cas de rupture dans les bassins généralement rétrécis. La majorité des ruptures de la paroi utérine, violentes ou spontanées, étaient provoquées par le frottement de la tête contre les os du bassin. Quelquefois il y a eu une prédisposition provenant des accouchements antérieurs; dans ces cas la durée de l'accouchement était très courte.

En général, la particularité caractéristique des cas de bassins généralement rétrécis est la longue durée de l'accouchement. — On remarque aussi que les enfants étaient extraordinairement gros.

Les cinq derniers cas étaient traumatiques et provoqués par la grande difficulté de l'opération (forceps, cranioclasie et céphalotripsie).

Ruptures dans les bassins aplatis. — Les ruptures spontanées dans les bassins aplatis forment un groupe spécial. D'abord, et en premier lieu, ces cas se distinguent par l'uniformité de la direction, de la forme et du siège de la rupture. Toutes les déchirures ont une direction transversale et siègent dans la partie susvaginale du col.

En outre, dans tous ces cas, la durée de l'accouchement était d'une rapidité frappante.

Le tableau statistique des ruptures dans les cas de bassin aplati comprend 26 cas : les 13 premiers sont spontanés ; les 3 suivants le sont probablement aussi ; 1 cas était traumatique, mais avec prédisposition ; les 7 derniers cas sont traumatiques.

Des 17 premiers cas, c'est-à-dire là où le traumatisme n'intervenait pas au point de vue étiologique, il s'en est trouvé 12 dans lesquels l'accouchement s'est prolongé de 8 à 16 heures.

Dans 5 cas on constate la faiblesse des contractions (tandis que la durée de l'accouchement était à peine de dix heures). Tout ceci fait bien voir quelle foudroyante surprise les ruptures de cette catégorie donnent aux personnes de l'entourage.

Ceci n'arrive certainement que dans les établissements où, dans les cas des bassins aplatis, on ne fait pas de versions.

En quoi consiste donc la cause de ces ruptures inattendues ?

Dans le premier des cas la rupture s'est manifestée en avant et à droite, au niveau de l'orifice interne. La femme a guéri. Un an plus tard, la même femme présentait de nouveau une rupture au même endroit, en avant et à droite, au niveau de l'orifice interne. A l'examen microscopique de la pièce anatomique, on a constaté du tissu cicatriciel développé à l'endroit de la rupture évidemment pendant la guérison de la rupture précédente.

Le cas suivant est identique.

Le cas suivant est dans le même genre ; l'accouchement antérieur était fort difficile. La mère de la parturiente disait que le docteur s'était servi 9 fois de forceps. A l'examen microscopique, on voit la métrite scléreuse du col (*métritis colli sclerotica*) et à l'endroit de la rupture une cicatrice typique.

Dans tous les cas précipités, la prédisposition à la rupture jouait le rôle principal. Cette prédisposition consistait en modification cicatricielle du col.

Nous autres, accoucheurs, connaissons bien par expérience que les tissus modifiés par les cicatrices sont beaucoup plus disposés à la rupture que les normaux (les ruptures du périnée, par exemple, à l'endroit de l'ancienne cicatrice). La cause de la rupture n'est pas aussi nette dans les autres cas que dans ceux qui viennent d'être décrits. Mais, par analogie avec eux, nous n'allons pas commettre une grosse erreur contre la logique en admettant, dans les cas suivants, cette modification cicatricielle comme cause prédisposante de la rupture.

Cette assertion est confirmée par les considérations suivantes. Toutes les ruptures spontanées décrites se produisaient chez des multipares.

De même, l'incapacité absolue de l'utérus pour les ruptures spontanées chez les primipares est constatée depuis long-



temps. Dans toute notre collection nous n'avons que 11 cas de ruptures spontanées chez les primipares. Le tableau statistique des déchirures dans les bassins aplatis ne nous donne qu'un cas chez la primipare et encore cela est arrivé pendant l'opération, car le travail durait depuis 120 heures.

L'accouchement antérieur prédispose donc l'utérus à la rupture.

Comment cela se passe-t-il dans les bassins aplatis ?

L'analyse des cas de rupture dans les bassins généralement rétrécis nous montre que la déchirure est précédée par la perte de substance dans le tissu utérin, grâce à la pression et au frottement de la tête contre les os du bassin.

En général, ce n'est pas une chose rare dans les cas de bassins rétrécis. Dans quelques cas, rares il est vrai, cela mène à des ruptures utérines, qui pénètrent dans la cavité abdominale. Dans d'autres, il se produit des fistules, quelquefois encore une insignifiante usure non pénétrante et guérissable par simple cicatrice. Il faut croire que, dans les cas des bassins aplatis, ces usures ne sont pas rares. Elles surgissent quand la tête est encore à l'entrée, c'est-à-dire dans la partie la plus étroite du bassin.

Et, comme dans les bassins aplatis, la partie la plus étroite se trouve entre la symphyse et le promontoire, les usures s'y produisent en avant ou en arrière, correspondant à la symphyse ou au promontoire.

Mais la pression seule n'est pas suffisante. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur nos pièces pour s'assurer que la distension y a pris part aussi.

Bandl signale que cette distension se produit par l'élévation de l'anneau de contraction et parce que le corps utérin en se contractant attire le segment inférieur en haut. Cependant cette hypothèse de Bandl, n'explique nullement pourquoi les ruptures antérieures prédominent, tandis que les postérieures, qui correspondent au promontoire, sont très rares.

Il est probable que la paroi antérieure du col subit une distension plus forte.

Un certain nombre de pinces hémostatiques étant appliquées dans une plaie, on porte rapidement le chauffeur en platine de l'une à l'autre, ce qui permet de réaliser plus rapidement l'hémostase de plusieurs points saignants que si l'on se servait de ligatures.

Outre l'instrumentation décrite ci-dessus, il faut un couteau en platine. Il ressemble à la pince artérielle destinée à chauffer, mais il a une large surface, comme le couteau-cautère en platine.

Au total, l'appareil électro-thermique complet comprend : quelques angiotribes avec des cuillers de largeurs diverses, l'une correspondant à des cuillers courbes ; l'isolateur ou protecteur (shield), le couteau-cautère, la pince artérielle *échauffante*, le câble, les dispositifs régleurs du courant électrique *a*, transformateur-moteur pour l'usage du courant continu *b*, transformateur pour l'usage des courants alternatifs. Avec ce dispositif et un nombre suffisant de pinces hémostatiques ordinaires, tout le problème hémostatique, en chirurgie, peut être résolu.

Pour les opérations à domicile, une batterie de 100 ampères est très utile et fournira un courant suffisant pour au moins quatre grandes opérations. Ces instruments exigent un fort ampérage et ne devraient être jamais employés avec une batterie de faible capacité.

Le platine dans les instruments, le couteau-cautère et le chauffeur doivent être de même poids et réclament le même courant de 60 ampères. C'est l'ampérage le plus élevé qui ait jamais été employé dans les instruments thermo-électriques, mais la chaleur développée dans une pièce de platine qui exige cet ampérage fait que nos cuillers sont échauffées plus vite et sont plus utiles que lorsqu'on use d'un courant plus faible. Le même courant étant nécessaire pour tous les instruments contenant le couteau-cautère et le chauffeur permet, en pratique, de se dispenser d'un compteur. Le courant qui rendra incandescent le couteau-cautère et le chauffeur est approximativement de 60 ampères. Il y a donc là une

indication que notre rhéostat est bien réglé, bien que les cuillers puissent supporter un plus fort courant. Donc, dans chaque salle d'opérations, le courant pourra être réglé de façon que le couteau-cautère soit porté au rouge vif, et ce courant, sans modification, pourra être employé.

Le moyen pratique de juger, sans compteur, de la quantité de courant nécessaire pour échauffer les instruments est de virer graduellement le rhéostat du transformateur jusqu'à ce que le platine dans le couteau-cautère ou dans le chauffeur soit porté au rouge vif. Dans chaque salle d'opérations, quand ce point est atteint sur le transformateur, on peut le fixer et ne plus le changer.

Le courant qui échauffe le couteau, ainsi qu'il a été dit, étant dirigé dans l'angiotribe, fait bouillir l'eau placée à la surface comprimante des cuillers en 10, 20 et 30 secondes, suivant les diverses largeurs des cuillers, 1/4, 3/8, et un demi-pouce.

Aussi, dans l'emploi de ces instruments, faut-il se souvenir que cet intervalle de temps, 10, 15 et 20 secondes, se passe avant que les cuillers soient suffisamment chaudes, et qu'il faut encore que les instruments restent de 10 à 30 secondes sur les tissus à hémostasier. En conséquence, le courant, suivant les diverses dimensions, devra agir de 20 à 50 secondes. Toutefois, on constatera, en pratique, que la cuiller étroite, 1/4 de pouce, peut agir sur le méso-appendiculaire, sur le mésentère ou tout autre tissu mince en 12 secondes environ. A mesure qu'on se familiarise avec la méthode, il n'est plus utile d'évaluer le temps nécessaire à la cuisson des tissus, nos yeux suffisent à nous faire voir quand nous avons une chaleur suffisante. Il faut que l'opérateur se souvienne bien que la chaleur seule, sans le degré de compression convenable entre les cuillers, ne saurait fermer les vaisseaux sanguins ; aussi, l'angiotribe doit-il être employé à la pression maxima. Il est un *minimum* de temps pendant lequel les instruments devraient être appliqués avec la quantité de pression et de chaleur convenable, mais, nul danger si la cuiller com-

primante et écauffante reste *in situ* un peu plus de temps. Si l'on a la méthode bien en main, on pourra, le rhéostat étant bien réglé, placer le transformateur ou le transformateur-moteur hors de vue, par exemple, sous la table à opérations, le cable conducteur lui étant uni et venant, au bord de la table d'opérations, se joindre à la petite portion du tube conducteur, celle-ci restant avec nos instruments près du champ opératoire. Pour chaque opération les instruments et cette petite portion du cable conducteur peuvent être stérilisés à nouveau. J'ai trouvé récemment un dispositif très utile. Il dispense d'un assistant, l'opérateur pouvant très bien contrôler le courant et l'actionner, à sa volonté, par une pression du pied.

Règles utiles. — La surface comprimante des cuillers doit être lubrifiée avec de l'huile stérilisée avant chaque application.

Le champ opératoire sera soigneusement séché, débarrassé du sang, et les tissus avoisinants protégés contre les surfaces externes des cuillers avec de la gaze ou mieux avec mon appareil isolateur (shield, bouclier, égide).

A chaque fois que les cuillers sont retirées des trajets hémostasiés, il faut les nettoyer, les débarrasser de tout le sang adhérent, et huiler à nouveau les surfaces comprimantes. Éviter les applications trop courtes : ce n'est point une faute, si le temps d'application dépasse de quelques secondes celui qui est nécessaire.

L'instrument protecteur doit être appliqué après qu'on a mis en place l'angiotribe et être retiré le dernier, de façon à pouvoir bien examiner la bande de tissu comprimée et hémostasiée avant de l'abandonner.

*
* *

Comme il est possible de donner des renseignements plus complets sur cette méthode d'hémostase par la description

technique de diverses opérations électro-thermiques, nous allons décrire brièvement la technique des opérations suivantes : ovariotomie, salpingo-oophorectomie, hystérectomie, appendicectomie ; opérations sur l'estomac, l'intestin, l'épiploon; opérations pour hernies, hémorrhoïdes; libération des adhérences abdominales.

a) *Ovariotomie.* — La tumeur est isolée et libérée de ses adhérences comme dans les opérations ordinaires. Ponction préalable, si besoin. Le pédicule isolé est pris dans la pince-clamp, à cuiller large de 3/8 ou de 1/2 pouce, l'instrument protecteur appliqué, et le courant mis en communication. On place un clamp temporaire au-dessus des cuillers thermiques et on sectionne le long des cuillers avant de les enlever, ou, si l'on a employé les cuillers d'un 1/2 centimètre, on sectionne suivant le tractus de tissu qu'elles ont laissé. Dans chaque cas, la bande de tissu est laissée après l'enlèvement de l'angiotribe dans les cuillers de l'instrument isolateur, et peut être soigneusement examinée avant de l'abandonner dans le ventre. Au cas d'un pédicule particulièrement épais, avec de gros vaisseaux, il faut enlever l'instrument isolateur (shield) et voir si des vaisseaux saignent. Un vaisseau donne-t-il du sang, on le saisit avec les pointes de l'angiotribe à cuiller étroite et on le chauffe comme une artère isolée. Certains pédicules sont si épais qu'ils exigent une hémostase par zones.

b) *Salpingo-oophorectomie.* — Dans la salpingo-ovariotomie, en beaucoup de cas, une fois les adhérences libérées, trompe et ovaire peuvent être saisis et tordus de telle manière qu'une portion des cuillers de l'angiotribe peut embrasser le pédicule ainsi constitué. L'isolateur est alors appliqué, le courant mis en communication, et la section conduite suivant le côté supérieur de la cuiller thermique, détachant ainsi la trompe et l'ovaire. L'angiotribe enlevé, on peut examiner la bande de tissu avant de l'abandonner. En beaucoup de cas, il est nécessaire de faire deux applications des cuillers, l'une du côté utérin, près de la corne utérine et dans le ligament large, l'autre de la partie externe de l'ovaire et allant rejoindre le pre-

mier trajet. Une section suivant les trajets hémostasiés à blanc détache la trompe et l'ovaire. L'œuvre de nombreux chercheurs et les constatations faites dans des opérations secondaires ont démontré que la ligature des trompes de Fallope avec de la soie ou du catgut n'assure aucunement une occlusion aseptique. La méthode recommandée ici, occlusion thermo-électrique, est idéale et fera disparaître la production des si pénibles séquelles parmi lesquelles rentrent les pédicules irritables ou ouverts, et les adhérences.

Hystérectomie. — Dans l'hystérectomie vaginale pour affection bénigne, on incise circulairement le col avec le couteau-cautère, on dissèque jusqu'aux replis péritonéaux et l'on pénètre dans le péritoine. Cela fait, le fond de l'utérus est amené au dehors à travers l'incision antérieure, et l'on applique sur le ligament large la cuiller de l'angiotribe, large de 3/8 ou de 1/2 pouce. On peut saisir, parfois, le ligament large dans une seule application de l'angiotribe ; mais si deux saisies sont nécessaires, la première ira du côté tubaire du ligament large jusqu'au ligament rond ; le reste du ligament sera pris dans une seconde application. Quand une seule application sur le ligament large paraît devoir être suffisante, les cuillers seront appliquées à partir de la base, de façon à exercer sur l'artère utérine la pression maxima. On place alors l'isolateur autour des cuillers de l'angiotribe, et le courant est mis en marche durant 30 à 40 secondes. Une pince hémostatique temporaire est appliquée sur le côté utérin du ligament large, on sectionne le long du côté utérin de la cuiller thermique, l'angiotribe est relâché et enlevé, ce qui met en vue une bande blanche dans les cuillers de l'isolateur. Au moment où l'isolateur est enlevé, la bande hémostasiée se rétracte en arrière, dans le bassin. A ce moment, l'utérus est détaché d'un côté, et un clamp hémostatique temporaire prévient une hémorragie en retour. Même traitement du ligament large opposé, et ablation de l'utérus par sections le long du côté utérin des cuillers thermiques. On peut alors procéder à la toilette habituelle du péritoine. Pour le cas où

l'hémi-section facilite l'ablation de l'utérus, on peut substituer le couteau-cautère au bistouri, et l'angiotribe peut être alors appliqué aux ligaments larges, une ou deux applications pour chacun d'eux.

Quand il s'agit d'affections malignes, et dans des conditions convenables, voici ma façon de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Avec le couteau-cautère, j'incise circulairement le col dans toute l'épaisseur de la muqueuse, et je poursuis la dissection en haut jusqu'à ce que j'aie découvert 1 centimètre et demi de col, ou que j'aie atteint le niveau de l'orifice interne ; à ce moment, section du col avec le couteau-cautère. Cela fait, je cautérise soigneusement la muqueuse de la partie restante de la cavité cervicale, que je bourre ensuite de gaze. Au cours de ces manœuvres, des saignements para-cervicaux rebelles à l'action du couteau-cautère surviennent-ils, les points saignants sont pincés avec des pinces à artères ordinaires qui peuvent être échauffées par l'application, pendant quelques secondes à leurs extrémités, des pinces artérielles échauffantes. En quelques cas, où il devient nécessaire de faire l'hémostase sur les branches inférieures des artères utérines à la base des ligaments larges, les applications des extrémités de l'angiotribe à cuiller étroite sont très utiles. Il est même possible, sans ouvrir la cavité péritonéale d'appliquer les cuillers étroites sur les côtés de l'utérus de façon à fermer l'artère utérine. Le col, siège de la dégénérescence maligne, une fois enlevé, le vagin est de nouveau stérilisé, les replis péritonéaux sont ouverts, et la portion restante de l'utérus enlevée comme dans les cas d'affections non malignes. Le procédé ici préconisé est aseptique et supprime les dangers de contamination.

Dans les cas de nature maligne, où il est préférable d'extirper l'utérus par la voie abdominale, l'amputation préliminaire du col, suivant la technique décrite ci-dessus, sans ouverture des replis péritonéaux, suivie de l'enlèvement par l'abdomen de la portion restante de l'organe, supprime les dangers d'inoculation. La partie abdominale de l'opération, dans ces cas, peut

être exécutée suivant un des procédés connus ou suivant celui que nous allons décrire.

Hystérectomie abdominale. — Dans l'hystérectomie abdominale supra-vaginale et dans l'hystérectomie totale, plusieurs procédés sont applicables, dont les suivants sont des types. Les cuillers de l'angiotribe, larges de 3/8 ou d'un 1/2 pouce, sont placées sur le ligament large, en dehors de l'ovaire jusqu'au ligament rond, l'instrument isolateur appliqué, le courant mis en train durant environ 40 secondes, une pince à ligament temporaire appliquée sur le côté utérin et la section faite le long du côté adjacent des cuillers thermiques, l'angiotribe est enlevé, et l'on aperçoit dans les mors de l'isolateur une large bande de tissus hémostasiés, qui, celui-ci ôté, se rétracte vers la paroi pelvienne. Même manœuvre sur le ligament opposé. Les ligaments larges sont maintenant tous les deux hémostasiés et sectionnés jusqu'au-dessous des ligaments ronds, l'hémorragie en retour étant préservée par la pince appliquée sur le côté de l'utérus ; on libère ensuite la vessie, qu'on récline en avant, ce qui a pour effet d'étendre les uretères et de rendre plus aisée et plus sûre l'occlusion des artères utérines. La nouvelle application de l'angiotribe doit embrasser le ligament large de dessous le ligament rond jusqu'aux côtés du col, de façon à pincer les artères utérines. La section est faite sur le côté utérin des cuillers ; après quoi, l'utérus est détaché de façon que, si on le soulève, il n'est plus retenu que par ses attaches vaginales, dans lesquelles peut-être se trouvent les branches vaginales des artères utérines. Le vagin étant étendu, étiré, il est facile de saisir progressivement de petites portions de cet organe dans les cuillers étroites et aussi de séparer, sans perte de sang, l'utérus en sectionnant le vagin au-dessous du col, mais au-dessus des cuillers ; ou bien, quand on est arrivé à ce moment de l'opération, il est possible d'employer un angiotribe courbe et d'étreindre le vagin d'un seul coup.

Dans le cancer de l'utérus, l'opération étant entièrement faite par la voie abdominale, on peut appliquer deux clamps

courbes au-dessous du col pour fermer le canal vaginal, le clamp inférieur étant une pince électro-thermique, le supérieur n'importe quelle pince-clamp froide. A la section entre les 2 clamps courbes, le vagin est fermé au-dessous du col, en sorte qu'il n'y a pas de contamination possible. S'agit-il d'une hystérectomie vaginale : une fois qu'on a oblitéré les artères utérines, le col est sectionné transversalement, et l'on applique des sutures comme dans les opérations ordinaires. Il est possible, à condition de pratiquer une section cunéiforme convenable, de se servir d'un angiotribe à cuillers spécialement construit, capable de fermer facilement, sans suture, les surfaces opposées du col. La technique opératoire dans l'hystérectomie abdominale peut différer de la précédente en ce sens que, si l'on sait bien utiliser la cuiller large, elle permet de produire sur le ligament large une bande hémostasiée suivant laquelle on peut inciser sans qu'il soit nécessaire d'employer de clamp temporaire. Si l'on procède ainsi, l'incision à travers les ligaments larges peut être absolument exsangue. Il n'est aucune méthode d'hystérectomie réalisée avec les ligatures dans laquelle on ne puisse se servir de l'hémostase électro-thermique. On peut commencer à la partie supérieure du ligament large, descendre d'un côté, croiser le col et remonter de l'autre côté. On peut isoler individuellement les artères et les fermer par la pression et la chaleur. On peut hémisectionner l'utérus et par la voie abdominale et d'en haut contrôler les artères utérines. On peut exécuter l'opération de Doyen en substituant aux clamps temporaires, sur les ovaires et les artères utérines, les cuillers de l'angiotribe.

Dans l'*appendicectomie* l'avantage spécial de la méthode est qu'elle permet d'éliminer, pendant l'opération, le canal infectieux de l'appendice. L'opération varie suivant qu'il s'agit d'un cas aigu ou chronique, suivant que l'appendice ou le méso-appendice sont facilement isolables. Dans les cas non compliqués de rupture, on peut souvent saisir d'un seul coup, avec l'angiotribe, l'appendice ou le méso-appendice (la cuiller de choix étant celle de 3/8 de pouce). Il est possible alors

de pratiquer une section exsange suivant le trajet rendu ainsi stérile. Suture en cordon de bourse sur le cæcum, à la base du moignon de l'appendice, le moignon blanc, stérile, étant ainsi invaginé et recouvert par le péritoine. Éventuellement il paraîtra préférable de fermer d'abord l'appendice, de suturer en cordon de bourse le moignon ainsi obtenu et, alors, d'hémostasier le méso-appendice avec les cuillers de l'angiotribe étroit. En d'autres cas, il sera préférable d'hémostasier le méso-appendice avant de fermer l'appendice. Dans les cas compliqués de rupture, où il est possible d'obtenir une portion suffisante d'appendice du côté du cæcum, cette méthode est de beaucoup supérieure aux autres. Si même la rupture s'est faite au niveau de l'union de l'appendice et du cæcum, le cæcum peut être fermé avec les cuillers de l'angiotribe, et la bande hémostasiée obtenue être fermée par des sutures. Dans les opérations sur l'appendice, une suture en cordon de bourse pour invaginer le moignon stérile est absolument nécessaire.

Hémostase de l'épiploon. — Dans les salpingites suppurées et dans d'autres phlegmasies pelviennes, dans les cas où on se trouve en présence d'adhérences avec des kystes ovariques, souvent l'épiploon est déchiré et doit être enlevé par grands morceaux. Tantôt, on saisit une grosse portion de l'épiploon dans une seule ligature, tantôt on fait une ligature progressive. Dans le premier cas, on laisse l'extrémité d'un lambeau, dans l'autre des surfaces avivées. Or, avec la méthode thermo-électrique, on obtient des bandes hémostasiées blanches, suivant lesquelles on peut faire des sections exsangues. La forme particulière en éventail de l'épiploon est conservée avec *peu ou pas de tendance à former des adhérences* au niveau du moignon.

Opération pour hernies. — S'agit-il d'une hernie épiploïque, le traitement ci-dessus de l'épiploon est de mise. Le sac herniaire lui-même peut être de même hémostasié par la pression et la chaleur, et de cette façon être enlevé sans perte de sang. Pour prévenir l'ouverture ultérieure par pression

interne, le moignon ainsi obtenu peut être compris dans la suture rapprochant les bords de l'anneau.

Opération intestinale. — La résection de l'intestin et l'anastomose à l'aide de ces instruments peuvent être idéales. On peut avec les cuillers larges de 3/8 ou de 1/2 pouce saisir l'intestin, les cuillers s'étendant jusque sur le mésentère. Si la technique a été correcte, on trouve, dans les parties où les cuillers ont été appliquées, des bandes blanches suivant lesquelles on peut sectionner, sans issue du contenu intestinal, ces bandes hémostasiées obturant l'intestin. La même manœuvre peut être répétée sur une portion distante de l'intestin, et la portion de l'intestin intermédiaire enlevée après hémostase du mésentère. Les extrémités intestinales avec les bandes d'occlusion sont rapprochées par une suture de Lembert, continue ou interrompue, les sutures unissant les surfaces intestinales 1/8 de pouce au moins au delà des petites bandes blanches oblitérantes. Par ce procédé, toute crainte de contamination est écartée. L'intestin restauré dans sa continuité peut être laissé avec ses extrémités oblitérées au niveau de la ligne d'union avec la certitude que, dans les 30 heures, l'escharification sera faite et le calibre de l'intestin rétabli. Il est néanmoins préférable, après avoir réuni les extrémités de l'intestin, de séparer les parois de l'intestin, d'ouvrir aussi les petites bandes oblitérantes et de rétablir immédiatement la continuité du canal. Quand l'anastomose doit être faite côte à côte (*side to side*), on suture d'abord en cordon de bourse les extrémités oblitérées de l'intestin de façon à invaginer les moignons, puis on fait la réunion côte à côte en suturant autour des bandes exsangues produites par les instruments. Le 21 mars 1903, au cours d'une opération très difficile pour un abcès tubo-ovarique, je fus obligé de réséquer 13 centimètres de côlon. Je fis la réunion bout à bout suivant la technique précédente ; puis, la réunion faite, je rétablis la continuité du canal en invaginant avec le petit doigt l'intestin jusqu'à ce que les portions oblitérées fussent ouvertes, ce dont je m'assurai en exprimant des gaz de la partie située au-dessus de la zone d'oblitération dans

celle située au-dessous. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites opératoires aussi bonnes que dans un cas ordinaire ; au 6e jour, évacuation spontanée de l'intestin, température, pouls et respiration normaux.

Opérations sur l'estomac. — Dans les opérations sur l'estomac, il se produit en général, à l'incision de la paroi, une hémorragie au niveau de la muqueuse. Cet accident peut être évité par l'utilisation de l'angiotribe à l'accolement des diverses tuniques de l'estomac. L'incision faite dans les bandes ainsi produites reste exsangue. Cette méthode peut être appliquée dans diverses opérations. Elle est surtout recommandable dans la gastro-entérostomie, pour laquelle on peut suivre la technique suivante. On saisit, *doublée*, dans le mors de l'angiotribe, la zone de l'estomac qui doit être abouchée avec l'intestin, et l'on fait de même avec la zone correspondante de l'intestin. En dédoublant les viscères, les bandes exsangues obtenues sont naturellement deux fois plus longues que la longueur occupée par le clamp. On peut alors, ou bien ouvrir ces zones hémostasiées avant d'aboucher les parties qui doivent l'être, ou bien les ouvrir juste avant de terminer les sutures, ou mieux ne pas les ouvrir, avec la certitude que le travail d'escharification les ouvrira dans les 30 heures. Dans la pylorectomie, ce procédé d'hémostase et d'occlusion est particulièrement à recommander.

Adhérences intestinales. — En sectionnant les adhérences inter-péri-intestinales, constrictives, et, suivant les bandes hémostasiées avec un instrument, on évite la réunion des bords sectionnés et de plus on opère sans perte de sang.

Opérations sur les hémorroïdes. — Le sphincter dilaté, on saisit avec une pince une portion hémorroïdale, qu'on attire et qu'on saisit dans les cuillers de l'angiotribe ; on applique l'isolateur et on met le courant en marche. Quand le courant a agi assez longtemps, on constate, à l'enlèvement de l'angiotribe, une bande hémostasiée, oblitérée, blanche, stérile, dirigée parallèlement à l'axe de l'intestin. Les différents nodules hémorroïdaux sont traités de même sorte. Il y a moins

de danger d'ouvertures de ces nodules par cette façon de procéder que si l'on se servait du clamp et du cautère. Toutefois, tout danger n'est pas écarté et pour cette raison l'opération suivante, conçue pour la plus grande part avec le docteur Henrotin (Chicago), peut être exécutée.

Chaque zone hémorroïdale est saisie dans les cuillers longues et étroites d'une pince spécialement faite pour cette intervention, très semblable aux pinces de Kocher. Le long des cuillers chemine un sillon dans lequel peut être appliqué le cautère thermo-électrique destiné à échauffer la cuiller. On peut appliquer une pince sur chaque paquet hémorroïdal, 3, 4 ou 5 au plus, et le platine chauffeur être porté d'une pince à l'autre ; puis, les paquets veineux étant suffisamment chauffés, les pinces sont enlevées. Cette méthode d'opérer supprime toutes les manœuvres susceptibles de réouvrir les zones comprimées et chauffées. A l'enlèvement de chaque pince, on aperçoit, dans l'ouverture anale, une petite bande blanche dirigée suivant l'axe de l'organe.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE BILATÉRALE

PREMIÈRE GROSSESSE OVARIQUE GAUCHE DATANT DE 3 ANS ET QUELQUES MOIS, AVEC FŒTUS DE 4 1/2 A 5 MOIS SECONDE GROSSESSE TUBAIRE DROITE DATANT DE PRÈS DE 5 MOIS LAPAROTOMIE SIMULTANÉE. — GUÉRISON (1).

Par le docteur **A. Psaltoff,**
Chirurgien de l'hôpital hellénique Saint-Charalambos, de Smyrne.

Je prends la parole pour vous communiquer une observation de grossesse extra-utérine bilatérale, observation qui m'est personnelle et dont l'intérêt scientifique m'a paru digne de votre attention.

Feuille d'admission de l'hôpital hellénique Saint-Charalambos, n° 1085.

Le 19 septembre 1902 est entrée, dans mon service à l'hôpital, la nommée E. E..., originaire de Narli (ville située non loin de Smyrne, sur le parcours du chemin de fer) et âgée de 35 ans. Elle m'a raconté qu'elle avait toujours été bien portante et bien réglée. Mariée depuis dix-sept ans, elle avait eu sept enfants à terme. Son dernier accouchement datait de 7 ans. Il y avait plus de 3 ans, au mois de juin 1899, elle avait senti, après un retard de quelques jours dans ses règles, des douleurs au ventre, accompagnées de vomissements. Ces phénomènes, après avoir duré 24 heures, avaient diminué, pour reprendre 15 jours après avec moins d'intensité, mais accompagnée d'une métrorragie légère. Cet état avait continué pendant 5 à 6 mois et, pendant ce temps, ses règles avaient complètement cessé. Depuis, tout mal avait disparu, la femme s'était complètement rétablie, ses époques avaient repris

---

(1) Communication au XIVe Congrès international de médecine, Madrid, 23-30 avril 1903.

leur cours régulier et elle pouvait vaquer à ses occupations de ménage.

Il y a 4 mois les mêmes phénomènes se sont reproduits : douleurs au ventre et vomissements. Comme cet état a persisté pendant plusieurs mois, elle est venue à Smyrne me demander mes conseils. Ses règles étaient de nouveau supprimées pendant ces 4 mois. A son entrée à l'hôpital, elle avait l'air d'une personne bien souffrante, elle ne pouvait se tenir debout, et l'on dut lui faire des injections de morphine pour calmer ses souffrances.

Son ventre était tendu et douloureux à la palpation. Par l'examen bimanuel j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'adulte, immobile, qui remplissait l'hypogastre et remontait presque jusqu'à l'ombilic. Le cul-de-sac postérieur était plein : cette tumeur l'occupait tout entier.

Le col de la matrice était ramolli en rétroversion. L'utérus était derrière le pubis, plus gros qu'un utérus normal, immobile, et paraissait englobé par la tumeur.

L'état général de la malade était mauvais ; elle avait le facies altéré et le pouls petit et fréquent (120-130 pulsations à la minute).

L'existence d'une grossesse extra-utérine m'a paru l'hypothèse la plus probable, mais les antécédents de la malade me donnaient à penser. Le 21 septembre, je procédais à la laparotomie, après avoir placé la malade dans la position inclinée. A peine le péritoine incisé, la tumeur apparaissait, ayant une surface lisse, très vasculaire et occupant tout le petit bassin.

Après avoir bien limité la grande cavité péritonéale par des compresses aseptiques, j'ai incisé la tumeur, qui était fluctuante, et une quantité de liquide caractéristique et de sang a coulé. L'hémorragie était assez abondante et, sans perdre de temps, j'ai introduit la main dans la poche et j'en ai enlevé un fœtus de 5 mois. J'ai procédé sans retard au décollement du placenta et à la décortication de la poche entière. La poche enlevée, j'ai mis quelques ligatures nécessaires sur le ligament large, après avoir rempli la cavité de gaze stérilisée. Comme la matrice n'était pas libre du côté gauche, je suis allé à la recherche de l'annexe opposée et alors, derrière le ligament large, j'ai trouvé une tumeur grosse comme le poing, adhérente, ayant la consistance molle. Je l'ai ponctionnée avec la pointe du bistouri, et presque rien n'en coulait. En l'incisant, je me suis trouvé en face d'un fœtus momifié, ayant les dimensions d'un

fœtus de 5 mois. J'ai alors procédé au décollement de cette tumeur, que j'ai pu enlever tout entière. Après avoir mis également de ce côté les ligatures nécessaires, j'ai terminé l'opération en faisant la toilette du péritoine et en enlevant toutes les compresses qui se trouvaient dedans, ne laissant qu'un tamponnement à la Mikulicz qui, dans le cas spécial et d'autres similaires, m'a rendu de réels services au point de vue de l'hémostase et du drainage. L'opération a duré une heure, et les suites opératoires furent bien simples : la malade n'a pas présenté le moindre symptôme inquiétant. Le 8e jour, j'ai enlevé le Mikulicz, et, après un séjour d'une quarantaine de jours à l'hôpital, elle est rentrée chez elle entièrement guérie.

Cette observation, comme vous voyez, est intéressante par la coïncidence de deux grossesses extra-utérines opérées simultanément.

Elle vient aussi à l'appui des opinions suivantes :

1° Qu'un fœtus, provenant d'une grossesse extra-utérine, peut rester pendant plusieurs années dans le ventre sans causer le moindre dérangement à la personne qui le porte ;

2° Une femme qui a eu une grossesse extra-utérine est sujette à en avoir une seconde pareille ;

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique, il faut en l'opérant examiner soigneusement les annexes ;

4° Se poser la question si, pour préserver la femme d'une récidive probable, on ne doit pas enlever les annexes et la matrice en même temps, lorsque l'état de la malade nous le permet.

HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Par **J.-P. Doléris.**

Je m'associe aux conclusions réservées des orateurs qui ont pris la parole au Congrès de Madrid et qui n'ont accordé qu'une confiance limitée à l'hystérectomie chez les infectées graves post partum.

Tous ceux qui ont une réelle expérience des faits cliniques et qui connaissent en détail l'anatomie pathologique de cette multiple affection ont apporté une solution prudente.

D'autres ont exprimé un optimisme que je voudrais partager, mais je ne le puis pas, encore du moins.

En fait, il est établi que l'intervention très hâtive par l'*asepsie utérine* sauve la plupart des malades. Le vrai traitement des infections puerpérales est le curettage immédiat, qui réussit toujours quand on agit après la première élévation thermique, le foyer d'infection étant encore dans la muqueuse.

Les cas exceptionnels qui résistent au traitement par le curettage et l'antisepsie utérine rigoureuse sont les suivants :

1° Les cas traités localement trop tard ;

2° Les cas insuffisamment traités localement ;

3° Les cas d'intoxication suraiguë à marche rapide.

Dans les deux premiers cas, la lésion de l'utérus a passé dans le bassin et dans le péritoine. Elle a pu se localiser dans les annexes, dans les veines, dans l'appareil lymphatique pelvi-péritonéal. Le curettage arrive trop tard.

Dans le dernier cas, la maladie est entrée d'emblée dans le sang, et l'intoxication suraiguë des centres nerveux fait de toute malade ainsi atteinte une condamnée à mort.

Laissons donc cette troisième catégorie pour revenir aux

deux premières exclusivement. Ce sont les cas dans lesquels l'économie ayant résisté aux premiers coups de l'infection, mais n'ayant pu faire entièrement justice des processus tenaces qui succèdent à la période de début, lutte encore contre eux, avec des alternatives diverses de succès et de défaite, qui font osciller le pronostic d'un jour à l'autre.

Ce sont ces cas où la question d'intervention se peut poser, à la rigueur.

Ce sont ceux qui ont fourni les statistiques que nous savons, statistiques déplorables, mais qui, en face d'une éventualité fatale, peuvent et doivent être consignées, sans parti pris d'optimisme ou de pessimisme.

La question reste de savoir quelles indications la clinique peut nous donner. Car, qu'on le veuille ou non, il faut reconnaître qu'opérer par le ventre ou par le vagin une femme en état d'infection aiguë ne ressemble nullement à une intervention sur le bassin occupé par des masses inflammatoires péri-utéro-annexielles, même septiques, même suppurées, hors de l'état puerpéral. Le danger des diffusions rapides de l'infection, après l'opération, par des métastases phlébitiques secondaires et mortelles, apparaît dans l'état puerpéral avec une intensité effrayante. L'ictus opératoire, dans de telles conditions, est particulièrement redoutable.

Les indications précises, nous ne les connaissons pas. La clinique, l'examen du sang, l'allure de la maladie infectieuse ne nous les fournissent pas avec précision.

Nous savons que deux formes anatomiques se peuvent rencontrer :

La première est la propagation du streptocoque par les lymphatiques. C'est la *lymphangite*, qui se diffuse à bref délai, comme toute lymphangite, et comme l'érysipèle lui-même, mais qui, quand elle ne tue pas rapidement par la multiplicité et l'extension des lésions, ou par les toxines engendrées, peut guérir après un cycle variable de dix à douze jours.

La deuxième forme est la forme *phlébitique*, dans laquelle

les veines infectées créent elles-mêmes un obstacle à la diffusion infectieuse, par les caillots qui se forment dans la cavité des vaisseaux envahis et barrent la sortie aux colonies microbiennes, pour un temps au moins. Celle-ci peut être de longue durée comme évolution ; la connaissance du processus qui lui est particulier a donné quelque espoir et une base solide en apparence aux partisans de l'hystérectomie.

A côté de ces deux types principaux, anatomiquement parlant, il y a les types mixtes et les infections putrides étrangères au streptocoque.

Vue de ce côté complexe, la question devient très obscure pour moi.

Je préfère m'en tenir à une donnée plus limitée : celle de la marche lente et oscillante du processus, auquel correspond presque toujours la forme phlébitique, qu'elle soit la seule ou que, primitivement associée à la lymphangite, elle lui ait survécu.

Dans cette catégorie de cas, nous nous convainquons vite que la nature fait une bonne partie des frais de la résistance, et nous avons peut-être le devoir de lui prêter une arme plus décisive que les injections de sérum et l'expectation, une fois que la muqueuse utérine a été aseptisée d'une façon certaine et qu'elle est maintenue rigoureusement aseptique.

Nous estimons que, dans la forme phlébitique, l'infection monte assez lentement et que le stroma utérin, avec le paramétrium, en sont le siège exclusif pour un temps. Dans ce cas encore, les annexes sont généralement saines, ainsi que le péritoine, sauf quelques fusées limitées et de peu d'importance. La température, souvent très élevée, subit de courtes, mais complètes rémissions. Les frissons très violents, répétés, caractéristiques de cette forme clinique, sont coupés d'intervalles de repos relatif, durant lesquels la malade recouvre un peu d'énergie. Les frissons marquent des résorptions massives de toxines par le sang directement ; mais diverses crises éliminatrices aident à la spoliation assez rapide de ces poisons. Tout cela dénote une lutte, dans laquelle le terrain n'est

cédé que pied à pied à la marche envahissante de l'infection. Ce sont des cas acceptables pour l'intervention.

Aux cas précédents, il faut ajouter ceux qui dépendent, ainsi que je l'ai dit, des putridités utérines, de la rétention placentaire, des infections primitivement muqueuses devenues intra-pariétales et paramétritiques et des myomes sphacélés, comme on l'a rappelé.

L'hystérectomie sera utile si elle enlève, par l'ablation de l'utérus, tout foyer infectieux utérin. Elle sera utile à la condition qu'il ne restera pas de foyer veineux d'infection, dans le paramétrium et que toute lésion pourra être cernée et supprimée ; à la condition aussi que, dans les veines utéro-ovariennes et utérines, c'est-à-dire dans les gros rameaux collecteurs, il n'y aura pas de ces foyers suppurés dans l'épaisseur même des caillots et susceptibles de déchaîner de nouvelles métastases, même après l'ablation de l'utérus et de larges résections veineuses ; à la condition, enfin, que des foyers infectieux déjà éloignés, dans les organes tels que poumons, plèvre, péricarde, cerveau, reins, foie, etc., n'existeront pas ou seront déjà stérilisés; car de grosses lésions métastatiques de cet ordre créent des altérations organiques indépendantes, individualisées en quelque sorte, étrangères au champ opératoire et capables de tuer par elles-mêmes.

Que d'inconnues donc quand on se décide à intervenir ! Ces inconnues, rien ne peut jusqu'ici nous permettre de les discerner, et nous devons nous dire que, les dangers de l'intervention mis à part, nous ferons toujours une opération livrée au hasard, autrement aveugle que la poursuite d'un cancer pelvien généralisé. L'examen bactériologique du sang, négatif ou positif, n'est pas absolument un critérium. Il peut exister des foyers infectieux fermés pour un temps, qui s'ouvrent à un moment inattendu dans le sang et l'infectent. Des examens faits dans le sang, même d'une grosse veine, peuvent être trompeurs. S'ils sont négatifs, ils n'ont guère de valeur.

En me référant à ma statistique sur les cas d'infectées mortes, dans les cinq dernières années, dans mon service de

maternité, dans deux cas seulement j'ai pu constater à l'autopsie que les malades auraient peut-être pu être sauvées par l'hystérectomie, le foyer étant resté, en fin de compte, exclusivement *pariéto-utérin*, avec un paramétrium sain et des viscères normaux ou du moins avec des foyers métastatiques cicatrisés et stériles. Dans tous les autres cas autopsiés, les lésions étaient multiples, diffusées au loin, viscérales, médullaires, cérébrales, et l'opération, rationnellement, ne pouvait pas sauver les malades.

On ne peut pas dire qu'une intervention plus hâtive les eût sauvées; car il était évident, au contraire, que les lésions s'étaient restreintes progressivement, après avoir été diffuses, et sans cesser d'être graves, puisqu'elles ont tué les patientes.

On ne peut pas dire davantage que si toutes celles qui ont succombé à la longue avaient été opérées hâtivement, quelques-unes d'entre elles auraient été sauvées. Voici pourquoi :

Je connais mes cas avec précision. Une part des infectées étaient condamnées aussitôt touchées, parce qu'elles étaient arrivées trop tard.

Pour celles qui présentaient la forme lente et oscillante, je déclare que la variabilité du pronostic et son incertitude interdisaient toute opération grave.

Et si, dans ces cas où les malades sont considérées comme condamnées la veille et sauvées le lendemain, et vice versa, c'est-à-dire présentent une forme d'infection oscillante dont la nature et le traitement finissent par avoir raison, j'avais opéré toujours, et quand même, hâtivement, c'est-à-dire avant la période réellement inquiétante, j'arriverais ici avec une statistique de vingt ou trente hystérectomies et une mortalité x. Mais cette mortalité certainement serait grosse, si j'en juge par les statistiques effrayantes qui nous sont connues : un opérateur a 6 morts sur 6 opérations, un autre 6 sur 7 ! Tandis que la mortalité restreinte à 5 ou 6 cas au plus sur l'ensemble de *trente cas* sérieux d'infection demeure une

perspective plus consolante et rassurante pour ma responsabilité.

Quand on veut envisager et critiquer, non pour le plaisir de la discussion, mais pour faire œuvre utile, les cas d'hystérectomie. dans l'infection puerpérale aiguë, fournis par la statistique, il faut établir résolument des catégories et renoncer à des confusions déplorables qui feraient douter du critérium scientifique de beaucoup de médecins.

Comment se peut-il qu'on ait associé, par exemple, des cas d'infection, relative à des avortements de 1 à 3 mois, avec l'infection consécutive à l'accouchement à terme ou prématuré ?

Comment a-t-on pu grouper dans un même tableau les observations de malades opérées dans le 1er ou 2e septenaire du post partum avec celles de femmes accouchées depuis quatre, cinq semaines et plus ?

Que prétend-on conclure de certaines observations tronquées, écourtées, dans lesquelles les données cliniques sont insignifiantes, nulles ou vraisemblablement erronées?

Quel parti retirer d'exemples aussi disparates que ceux d'une infection streptococcique suraiguë à grande allure, joints sans discussion à des infections plus ou moins saprophytiques, ou dépendant d'une flore pathogène complexe, dont le rôle a été mal éclairci ; sans compter les cas sur lesquels on ne fournit aucune donnée bactériologique ?

Je ne crois pas, pour ma part, qu'on puisse faire avancer la question avec de tels documents, et je tiens l'incertitude actuelle des accoucheurs et des chirurgiens pour très explicable.

La question était effroyablement obscure autrefois, elle est tout aussi obscure aujourd'hui, malgré la relation de près de 100 cas connus d'hystérectomie chez des puerpérales de classes très différentes, comme on peut le voir.

C'est donc à tenter un triage des faits publiés d'abord, ensuite à ne publier que des observations valables et complètes que nous devons nous appliquer; et même, cela fait, les diffi-

cultés d'appréciation resteront nombreuses et parfois insurmontables (1).

Je suis, depuis bien longtemps, la question du traitement de l'infection puerpérale. Je la suis avec l'anxiété de quelqu'un qui cherche éperdument la vérité. Chaque fois qu'un cas exceptionnellement grave, ou tout à fait insolite dans sa marche, m'a apporté une déception avec la preuve de mon impuissance, il me semble que ce que nous avons fait jusqu'ici est bien peu, puisqu'il reste tout à faire, précisément pour ces cas contre lesquels notre expérience clinique et nos efforts restent vains.

On me croira si j'avoue que ce que je sais de l'infection puerpérale m'éloignait instinctivement de tenter l'hystérectomie. Et si j'ai pu résister, même après des discussions qui ont fait sensation, c'est que j'ai été trés fâcheusement impressionné par les documents qui ont servi de base à ces discussions. Je pourrais justifier mon sentiment par l'analyse serrée des observations publiées en France surtout. M. Tissier a rendu un grand service à la critique en entrant résolument dans cette voie.

Malgré les préventions que j'avais contre l'intervention radicale, je restais cependant convaicu qu'il pouvait se trouver quelques cas où l'intervention serait utile. Dans cet ordre d'idées, j'ai opéré une malade il y a deux mois.

L'intérêt de cette observation m'engage à vous la présenter en détail. Elle est un exemple de résistance de l'organisme, et, en fin de compte, après une lutte hésitante, elle montre, sinon la victoire, du moins la vitalité tenace du germe pathogène, malgré l'hystérectomie.

Obs. recueillie par M. Guénot, interne. — Lemarié, Célina, 35 ans, journalière. Père et mère inconnus. Une sœur vivante, en bonne santé. Réglée à 14 ans, régulièrement. Aucune maladie antérieure.

---

(1) Je dois dire que les cas publiés jusqu'ici ne m'ont fourni aucun élément décisif.

Primipare, dernières règles en octobre 1901. Grossesse normale. La malade quitte les environs de Saint-Nazaire, où elle était employée à garder les troupeaux, et vient accoucher à Paris.

Accouchement dystocique, au commencement de juillet, de cause inconnue. Douleurs pendant 24 heures, chloroformisation, extraction d'un fœtus mort.

La malade quitte l'hôpital Saint-Antoine au dixième jour, sur sa demande; elle aurait eu, comme traitement, des injections vaginales journalières. (Tous ces renseignements sont fournis par la malade.) Elle entre à l'asile Sainte-Madeleine, et est apportée à Boucicaut, où elle entre le 19 juillet 1902, quinze jours environ, par conséquent, après l'accouchement.

La malade est très infectée, très amaigrie et profondément déprimée; le teint bronzé, la peau pigmentée en brun foncé, donnant l'impression d'une addisonienne. Les yeux sont excavés, la sclérotique jaunâtre, la langue saburrale. Température, 41°,2; le pouls est rapide, mais fort et bien frappé (104).

Le ventre est légèrement ballonné, mais pas douloureux à la pression, sauf au niveau de la région sus-pubienne. Le foie et la rate sont augmentés de volume. Pas de constipation.

L'utérus est gros, mesure 14 centimètres à l'hystéromètre, douloureux à la pression. Le col est largement ouvert et laisse écouler des lochies jaune sale, fétides. Il est largement déchiré à droite. Les ligaments larges sont épaissis et indurés; l'utérus est presque entièrement immobile, mais on ne sent pas de masses phlegmoneuses au niveau des culs-de-sac latéraux ni dans les fosses iliaques. Les annexes ne sont pas perceptibles. C'est une collerette d'infiltration générale du paramétrium.

Immédiatement, on fait une rachicocaïnisation. Curettage superficiel qui ramène des débris de muqueuse épaissie, saignante et des petits amas de pus concrété. Écouvillonnage (3 écouvillons). Mèche de gaze créosotée, après un grand lavage intra-utérin.

Le 26 juillet, la température, qui était tombée à 38°,2 le lendemain du curettage, est remontée, par grandes oscillations, jusqu'à 41°,3, malgré des lavages utérins journaliers. La malade est toujours très infectée; dans le collapsus, elle perd ses urines et ses matières au lit (urines très albumineuses). Elle présente du *délire nocturne.* Aussi, M. Doléris se décide-t-il, en désespoir de cause, à pratiquer l'hystérectomie; les ligaments larges sont indu-

rés, mais il n'existe toujours pas de masse phlegmoneuse.

Chloroformisation. On tente d'abord la voie vaginale : mais l'utérus, très haut, *n'est pas abaissable*; il est très friable et saigne facilement sous les pinces. Dès lors l'hystérectomie abdominale s'impose.

Laparotomie sus-pubienne. L'utérus est gros, d'aspect grisâtre; il existe, sur la face postérieure, dans le cul-de-sac de Douglas, quelques fausses membranes molles, jaunâtres, récentes; les ligaments larges sont épaissis, indurés par la thrombose quasi-totale des plexus et des troncs veineux, qui en distendent fortement la base et le bord interne; la pose des pinces sur ces ligaments est difficile à cause de leur épaisseur et surtout de leur friabilité. On pratique l'hystérectomie subtotale, en ne laissant que le rebord saillant du col confondu avec la paroi vaginale. Les annexes, qui ne paraissent pas malades, sont extirpées; ligatures pédiculo-vasculaires aussi élevées que possible.

Fermeture exacte du péritoine par un surjet, et de la paroi en un plan. Une mèche est placée dans le large hiatus formé par l'orifice cervico-vaginal et sort dans le vagin.

Examen de la pièce fraîche. — Utérus volumineux, 12 centimètres, saignant facilement, très congestionné, à fond d'apparence grisâtre. La cavité est vaste, renferme un caillot brunâtre au niveau de la corne gauche. La muqueuse est peu épaisse (curettage antérieur) et forme une bouillie purulente, colorée en verdâtre probablement par l'iodoforme. La paroi postérieure fait un relief accentué, dans sa moitié supérieure. Au niveau du fond, la muqueuse et la musculeuse sont très friables. Il existe, au niveau de la corne gauche, un véritable noyau caséeux adhérent, du volume d'une noisette, à demi ramolli. Dans le muscle utérin, on ne trouve pas d'abcès enkysté, même miliaire. Mais les veines utérines sont énormément dilatées, renferment des caillots mollasses, surtout au niveau des faces antérieure et latérale, près de l'extrémité inférieure.

Examen bactérioscopique. — Il s'agissait d'une infection streptococcique. L'examen des coupes montre des chaînettes fines, de toutes longueurs, quelques-unes très longues, dans l'intérieur des veines et végétant sur l'endothélium de ces vaisseaux. Il n'y a pas de streptocoques dans l'épaisseur des tissus utérins ou para-utérins. Il n'y a pas d'abcès. Les annexes ne présentent pas de trace

d'infiltration microbienne. L'examen des coupes de ces différents tissus est partout négatif. La nappe exsudative, partie de la base droite du cul-de-sac de Douglas et correspondant à la brèche traumatique du col, est revêtue d'une couenne diphthéroïde à type streptococcique.

Examen bactérioscopique du sang. — Une seringue de 1 centimètre cube de sang, puisé dans la veine basilique de la malade, au moment de l'opération, a servi :

1° A ensemencer six tubes de gélose ascite et un tube de bouillon ascite, fraîchement préparés. Ces tubes sont restés indéfiniment stériles;

2° A faire quatre préparations extemporanées : trois par la méthode de Gram, une par la thionine. Aucun organisme n'a été révélé au cours de ces recherches.

Ces examens ont été faits avec le plus grand soin par M. Potelet, chef de laboratoire.

Suites opératoires. — La température tombe le soir à 37°,3.

Le lendemain, elle remonte à 39°,5 et 38°,4 le soir ; le surlendemain, à 40°,5. La face est grippée, le ventre ballonné; la malade a des vomissements verdâtres.

Le pansement est enlevé : la plaie abdominale a belle apparence; la mèche vagino-utérine est enlevée très difficilement. Il ne s'écoule pas de pus ; on place un gros drain de caoutchouc.

Quinine, glace, sérum artificiel. Lait, boissons alcooliques.

31 *juillet.* — La température reste élevée ; on refait, tous les jours, le pansement vaginal. La malade perd toujours ses matières et ses urines. Il existe une petite eschare sacrée. Les urines sont très albumineuses. Il existe un œdème très marqué des deux membres inférieurs, sans trace aucune de phlébite de ces membres. Incision d'un *phlegmon suppuré* à la cuisse droite au siège d'une injection précédente de sérum. La température tend à descendre les jours suivants.

5 *août.* — La température remonte à 39 et 40°. On constate l'existence d'un gros foyer de *congestion pulmonaire* à la base du poumon droit. L'œdème des membres inférieurs persiste, œdème rosé, dur, non phlegmoneux. En outre, sous les deux talons, deux petites ampoules, remplies d'un liquide purulent, louche. On fait alimenter la malade : viandes rôties, toniques. (Les urines ne présentent qu'un léger trouble.)

15. — La plaie abdominale est entièrement cicatrisée. Du côté du vagin, il existe un écoulement jaunâtre, peu abondant. Il y a encore quelques râles humides à la base du poumon droit. L'état général s'est très amélioré. La température est entre 38° et 37°. La malade mange bien.

26. — Ouverture de deux petits abcès cutanés, siègeant l'un au niveau du tibia gauche, l'autre dans la région fessière droite; pus épais, jaunâtre, bien lié.

4 *septembre*. — La malade est en très bon état. Elle se lève et descend au jardin. L'appétit est bon ; il existe un peu de diarrhée. Elle est toujours très maigre et très bronzée. La cicatrisation des différents abcès est complète. Le ventre est souple. Par le toucher vaginal, on sent le moignon du col irrégulier, déchiré ; sa cavité est fermée, en haut, par un cul-de-sac souple ; de même les culs-de-sac vaginaux sont souples et dépressibles.

9. — Apyrexie. La malade, qui a dû prendre froid, se plaint à nouveau de *dyspnée* ; il existe un petit foyer de congestion pulmonaire à la base du poumon droit, en arrière. La malade attire l'attention sur un écoulement nasal, reparu depuis quelques jours, et on constate l'existence d'une *perforation* de la sous-cloison du nez, du diamètre d'une grosse lentille, à bords arrondis, réguliers, saignotants, perforation probablement d'origine septique ; on ne relève aucun signe de tuberculose ou de syphilis.

Cette femne paraissait guérie, le 9 septembre courant, jour où je la quittai, et j'avais mis le dernier point à cette observation, rédigée par mon interne, M. Guénot. Je me préparais, d'après cette expérience heureuse, à revenir un peu de mon pessimisme antérieur, pour me rallier à cette indication limitée, mais assez précise, de *l'infection à forme phlébitique ou pyohémique à marche lente, et par cela même témoignant de la résistance du sujet.*

Or, voilà que cette base s'effondre : le matin du même jour où je devais faire ma communication au Congrès de Rome, je recevais de mon assistant une dépêche m'annonçant que la malade était morte « à la suite d'une pleurésie purulente, streptococcique, avec foyers de myocardite » (1). Une inter-

(1) Ce renseignement de source clinique a été controuvé par l'autopsie.

vention a été tentée du côté de la plèvre. La malade a succombé sous le chloroforme, par syncope, au moment même où l'empyème allait être pratiqué.

Le pus pleural contenait un streptocoque virulent, qui a donné un érysipèle mortel à un lapin.

On peut certainement épiloguer sur le fait et dire que, sans le chloroforme, la malade n'eût peut-être pas succombé ; mais ceci importe peu, à mon avis. Le fait essentiel, c'est que, au moment de la mort, elle était *infectée* comme au premier jour, avec des foyers éloignés, hors de l'atteinte d'une thérapeutique efficace. On ne guérit pas aisément un cœur dégénéré comme l'était le sien (1) ; la myocardite, même légère, à défaut de la suppuration pleuro-pulmonaire, l'eût peut-être tuée à bref délai. Donc je considère comme négatif le résultat de l'opération.

Telle fut ma conclusion au Congrès de Rome, avant de connaître les détails de l'autopsie.

Autopsie, 16 septembre 1902. — Au niveau de la cicatrice de l'incision abdominale, il existe, dans l'épaisseur de la paroi, un foyer *suppuré* du volume d'un petit pois rempli de pus verdâtre. Ce foyer communique, par un pertuis étroit, avec un trajet sinueux rempli du même pus, qui va, à travers les fausses membranes péritonéales, vers le côté droit du petit bassin et qu'on peut suivre jusqu'au voisinage du moignon du col. Profondément, la cicatrice adhère fortement à une anse d'intestin grêle ; les adhérences sont très rapprochées, mais assez souples.

En relevant le paquet intestinal, on aperçoit le fond du petit bassin, qui présente une surface unie, régulière, lisse. A droite et à gauche, on voit nettement une ligne blanchâtre, longue de 5 centimètres environ, trace de la section des ligaments larges.

A la partie supérieure de ces cicatrices, on voit le pédicule utéro-ovarien ; à gauche, la veine est énorme, du volume d'un crayon, thrombosée; elle est réséquée pour l'examen microscopique.

Le fond du petit bassin est formé par des fausses membranes

---

(1) Ce renseignement de source clinique a été controuvé par l'autopsie.

extrêmement épaisses, plus de 1/2 centimètre, assez souples cependant, englobant, en avant, la vessie, très adhérente, qui se déchire quand on essaye de l'isoler — et, en arrière, le rectum, plus mobile, plus facile à libérer. Cette couverture membraneuse ferme par en haut le moignon du col, haut de 1 centimètre environ, ouvert largement en bas dans la cavité vaginale.

Les veines utérines, iliaques internes, externes et primitives ont leur volume normal et ne présentent pas de thrombose.

Le rectum, l'S iliaque, le côlon ascendant sont rétractés ; le reste du gros intestin, le grêle, l'estomac sont, au contraire, très dilatés; pas de fausses membranes en dehors du petit bassin et de la face postérieure de la cicatrice abdominale. L'appendice est long et grêle, son extrémité est fixée au côté droit du petit bassin, au contact du trajet purulent déjà décrit, il paraît absolument sain.

Le *foie* (1.400 grammes), très congestionné, paraît normal et ne contient aucun abcès même miliaire. La vésicule est grosse, contient une bile brunâtre, pas de calculs.

La *rate* pèse 140 grammes ; sur la surface de section, le tissu est dur, grenu.

Les *reins* ont leur volume normal (RD. 140 gr., RG. 150 gr.) ; ils se laissent facilement décortiquer. Sur la coupe la substance corticale n'est pas atrophiée, paraît normale, légèrement blanchâtre ; par contre, les pyramides sont extrêmement congestionnées; à gauche même, elles sont violettes. Pas d'abcès ni d'infarctus.

Les *capsules surrénales*, le *pancréas*, paraissent normaux.

Le *cœur* est gros (poids, 380 gr.). Le péricarde contient environ 30 à 40 grammes de liquide séreux. Le myocarde est un peu congestionné, et paraît plus mou que normalement. Le cœur gauche renferme un gros caillot. L'endocarde ne présente aucune lésion : les différentes valvules sont tout à fait saines, souples et mobiles, sans trace d'endocardite.

La *plèvre gauche* renferme environ 200 grammes de liquide séreux, citrin sans fausses membranes ni adhérences.

La *plèvre droite*, au contraire, est très modifiée. Il existe de très nombreuses adhérences sur toute la hauteur, et surtout au niveau de la base de la face externe, qui unissent le poumon à la paroi, adhérences de formation récente, légèrement extensibles, assez faciles à rompre, sauf au niveau du foyer purulent enkysté, où le poumon adhérent se déchire quand on l'enlève. Les lobes du pou-

mon adhèrent entre eux par soudure de la plèvre interlobaire : il n'existe aucun foyer purulent interlobaire.

Par contre, il existe une *pleurésie purulente enkystée de la grande cavité.* On voit nettement la poche purulente, véritable abcès de la plèvre, lorsqu'on a enlevé le poumon qui lui adhère.

Haute de 10 centimètres environ sur 6 à 8 de large, elle s'étend du 8[e] espace intercostal au 4[e], au niveau de la ligne axillaire. Elle est formée par la plèvre épaissie et se laisse assez facilement détacher de la paroi thoracique saine, sans lésion d'une côte. Cette poche contient environ 200 grammes d'un pus épais, mal lié, jaune verdâtre avec quelques grumeaux. La paroi en est très épaisse, environ 5 millimètres, sa face interne est tomenteuse, tapissée de pus concrété ou en voie de formation.

Les *poumons* sont congestionnés ; fait important, ils contiennent de nombreux *infarctus.* Au niveau des 2 sommets existent 2 infarctus de date ancienne (*probablement 2 mois*), de coloration brun grisâtre, à centre très dur, presque fibreux. D'autres infarctus de date récente existent sous la plèvre viscérale, en forme de coin à base pleurale, très foncés à la coupe, presque noirs, de volume variable ; le plus volumineux est dans la languette antérieure du lobe moyen du poumon droit ; d'autres, plus petits, siègent 3 dans la base du poumon droit, 1 dans celle du poumon gauche.

Le *cerveau* (encéphale, 1.200 grammes), le *cervelet*, le *bulbe* paraissent absolument sains. Pas de lésions anciennes ni récentes ; la pie-mère n'est pas congestionnée. Les coupes ne montrent rien d'anormal.

Examen bactériologique des pièces préparées. — Des coupes ont été pratiquées par M. le docteur Potelet sur le fragment de la veine utéro-ovarienne gauche thrombosée, recueilli à l'autopsie, et sur les infarctus pulmonaires. L'examen le plus attentif n'a pas permis d'y retrouver de streptocoques.

Voici donc, en résumé, le fait : *infection streptococcique grave à forme veineuse ; — pelvi-péritonite qui se limite et se résout en une adhérence demi-molle.*

Toute la maladie est finalement dans les veines et autour des vaisseaux ; les poisons solubles peuvent se dialyser, ou tout au moins la phagocytose suffit à déblayer le terrain des invasions microbiennes. — Curettage tardif (16[e] jour), la malade ayant eu plu-

sieurs frissons et deux fois 41°. — Amélioration passagère; — reprise des accidents. Hystérectomie. Suites opératoires très accidentées, trois foyers suppurés, périphériques, successifs, deux graves atteintes de congestion pulmonaire infectieuse grave, décubitus aigu; perforation de la cloison nasale; amélioration et guérison définitive apparente.

Tout cela évolue en dix semaines. Le tracé thermique est très éloquent et intéressant à plus d'un titre, car, à partir du 18 août jusqu'à la dernière minute, la température n'a guère dépassé 37° et elle est restée souvent près de 36°.

Les derniers jours, même en pleine pleurésie purulente, il n'y a pas de trace fébrile, ce qui semble indiquer que le milieu était devenu réfractaire à la réinfection. La malade était vaccinée contre les toxines phlogogènes, et, seule, la lésion pleuro-pulmonaire, par l'obstacle à l'hématose et les troubles asphyxiques, a fait subitement empirer la situation.

Finalement, la malade succombe au bout de huit semaines environ après l'hystérectomie.

En réalité, elle meurt guérie, car sans la chloroformisation et sans la syncope déterminée par l'anesthésique, on ne peut pas affirmer qu'elle n'aurait pas survécu, même à la pleurésie purulente, même à la myocardite très peu marquée à laquelle on avait accordé cliniquement une importance qui ne fut pas justifiée à l'autopsie. Il est évident que l'hystérectomie, qui a supprimé des foyers réellement existants dans l'utérus, n'a pas suffi à déblayer le terrain et à purger l'économie des microbes pathogènes. Ceux-ci, bien que le sang puisé dans une grosse veine se soit montré stérile à la culture, ont continué la lutte dans les districts capillaires éloignés du centre pelvien infecté, peau, plèvre viscérale, nez, etc.

D'après les examens pratiqués en dernier lieu, les lésions étaient stériles, sauf le pus de l'abcès pleural.

La conclusion s'impose: c'est que, même dans ce cas, il n'est pas permis de compter sur le résultat certain de l'hystérectomie.

Est-ce une raison pour la rejeter absolument?

Je ne le pense pas: le fait que quelques cas analogues ont

pu être suivis d'un meilleur résultat — et que mon cas personnel a réellement permis de croire à la guérison avec quelque certitude pendant un temps, sont sinon un encouragement, du moins un motif sérieux de tenter l'opération dans des circonstances du même genre.

Je conclus : « L'hystérectomie peut être tentée, dans les cas d'infection à type prolongé et rémittent, phlébitique. Dans ces cas, l'économie ayant accusé une énergie défensive qui a permis la résistance à l'invasion microbienne et la limitation des lésions, il importe de la secourir par la ressource héroïque de la suppression du foyer infectieux utérin. Il importe aussi que l'intervention ait lieu avant que l'organisme ait eu le temps de s'affaiblir et de s'épuiser dans la lutte contre l'infection. »

Je ne saurais aller plus loin.

Quant à préciser si le foyer n'est qu'*utérin*, et si, par conséquent, l'opération pourra être d'emblée complète, cela me paraît impossible.

J'entends que des chirurgiens purs parlent de ces diagnostics et nous réclament la clarté ; mais les tocologues qui sont tous les jours aux prises avec les inconnues de la clinique et qui voient, sur la table d'amphithéâtre, comment le mal procède et quel démenti reçoit souvent le diagnostic, se doivent récuser ; ils en ont le droit et le devoir.

L'hystérectomie, dans les conditions qui nous occupent, sera donc toujours une opération très hasardée.

On n'oubliera pas que l'ensemble des statistiques donne le chiffre effroyable de 90 à 95 p. 100 de mortalité. Et tout en constatant ces résultats désastreux, il faut bien se dire que l'on ignore si telle femme opérée, condamnée, nous dit-on, ne serait pas guérie spontanément à la longue : car nous savons que toutes celles que nous condamnons ne meurent pas.

La décision sera encore plus scabreuse et la responsabilité de l'opérateur plus grande, si l'on décide, non sans raison d'ailleurs, que l'intervention sera d'autant plus utile qu'elle sera plus hâtive. Si c'est là le programme à remplir, nous ne pouvons pas nous en dissimuler la gravité et les périls.

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(*Madrid*, 23-30 *avril* 1903.)

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Indications de l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale aiguë (1).

Joachim Cortegera (Santander). — Conclusions. — 1° Avec une prophylaxie vigilante on n'observera pour ainsi dire jamais l'infection puerpérale ;

2° Le traitement intra-utérin viendra à bout de presque tous les cas d'infection puerpérale, si on l'emploie opportunément et avec la rigueur nécessaire ;

3° Dans quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie sera indiquée si le traitement local n'a pas suffi pour combattre la septicémie;

4° Les infections les plus justiciables de l'opération sont celles qui sont localisées dans l'utérus, les annexes et le péritoine pelvien, mais ni la péritonite, ni la septicémie généralisée ne sont un obstacle absolu à son emploi ;

5° Avant de se décider à pratiquer la mutilation, il faut s'assurer que le poison ne vient pas du périnée ou du vagin, qu'il ne s'agit pas d'une infection par voie circulatoire descendante ou d'une autre dans laquelle l'utérus ne prend pas la part importante et dans laquelle les glandes qui sont défensives, selon nos connaissances actuelles, restent intactes;

6° L'hystérectomie peut aussi être contre-indiquée par l'état de collapsus ou l'épuisement absolu des forces.

---

(1) Rapport présenté au Congrès. Le co-rapporteur était le professeur Pinard, dont le rapport a été publié *in extenso* dans les *Annales* avril 1903).

Considérations sur l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.

Fr. de Cortejarena (Madrid).—CONCLUSIONS. — 1° L'utérus est fréquemment la source principale de l'infection puerpérale à cause des matières retenues dans son intérieur. On procédera alors à l'évacuation de ces agents infectieux ;

2° L'infection généralisée à plusieurs organes, veines, reins, et même dans le sang, diminue l'importance de l'utérus comme agent infectieux, et rien ne saurait autoriser une intervention chirurgicale locale;

3° Les modes de l'infection sont très divers. L'indication thérapeutique en sera donc différente, jamais unique;

4° L'infection est parfois de longue durée et se termine favorablement par l'emploi des remèdes connus. On ne saurait justifier notre intervention, puisque les malades peuvent s'en passer et guérir;

5° Il est difficile de choisir le moment de l'intervention, qu'on jugera quelquefois trop tôt, et d'autres fois trop tard ;

6° Bien que les malades guérissent, l'hystérectomie amène une stérilité permanente;

7° L'examen bactériologique du sang ne facilite pas un pronostic favorable ou adverse pour nous décider à l'opération.

Les trois premières coupes sagittales pratiquées dans l'Amérique du Sud dans des cas de grossesses avancées.

E. Canton (Buenos-Aires). — 1° Les trois coupes sagittales objet du présent travail, la première faite dans un cas de grossesse à terme, avec placenta prævia total, la seconde dans un cas de grossesse normale à 7 mois et demi avec présentation des fesses, et la troisième dans une grossesse de 9 mois, avec placenta marginal, sont les premières exécutées dans l'Amérique du Sud ; d'autre part, le cas de placenta prævia total, par sa grande rareté, figure comme le troisième des cas connus de cette espèce dans le monde scientifique.

2° Par manque de moyens de réfrigération convenables, pour durcir les cadavres, nous avons employé les injections intra-vasculaires de formol pur, avec le double avantage de durcir les tissus autant qu'avec la glace elle-même et de pouvoir conserver les

pièces indéfiniment sans modifications des rapports des organes, de la texture et de la couleur des tissus.

3° La première et la troisième coupe démontrent que le placenta, bien que s'insérant sur le col, peut laisser aller la grossesse à terme, sans qu'il survienne d'hémorragies avant que le travail ait commencé.

4° L'orientation des têtes fœtales, dans le premier et le troisième cas, l'un des pariétaux reposant sur la symphyse pubienne, tandis que l'autre, beaucoup plus abaissé, regarde vers la concavité sacrée, indique que l'engagement de la tête dans l'excavation tend à se faire par asynclitisme postérieur, suivant le mécanisme indiqué par Farabeuf, et qu'il n'eut pas le temps de s'effectuer parce que la concavité sacrée était occupée par une énorme ampoule rectale et par le placenta prævia total.

5° Le défaut de coïncidence et de parallélisme des axes utérin et fœtal avec l'axe du détroit supérieur, évident sur les trois coupes, démontre l'exactitude de ce qu'avait observé Varnier : que la théorie du synclitisme de Levret pour expliquer le mécanisme de l'engagement est fausse de tous points.

6° De l'étude de ces coupes et d'autres nous sommes conduits à la conclusion : que l'épaisseur des parois utérines diminue pendant la grossesse et que, contrairement à l'opinion commune, l'épaisseur maxima n'est pas au fond de l'utérus, mais au niveau du *segment moyen*, vers l'union avec le segment supérieur, le fond de l'utérus étant en réalité plus mince, et plus encore le segment inférieur, particulièrement à sa face antérieure. Ces différences d'épaisseur dans les parois utérines, nous les avons constatées dans les deux derniers mois de la grossesse.

7° Sur un utérus de 3 mois et après la délivrance dans des utérus bien involués, nous avons constaté les mêmes rapports d'épaisseur suivant les différentes zones des parois utérines, l'épaisseur maxima correspondant toujours à la partie moyenne de l'organe gestateur et non au fond.

8° La mensuration des diamètres coccy-sous-pubien dans les 3 cas (8 centimètres et demi, 8 cm. 9, 9 centimètres) confirme les conclusions de Farabeuf et Varnier, contraires à celles des classiques d'après lesquelles ce diamètre serait de 11 centimètres, alors que, d'après les observations cadavériques et cliniques, il ne serait en moyenne, suivant ces deux auteurs, que de 8 centimètres et demi.

9° La vessie, vide, demeure cachée en arrière de la symphyse pubienne ; elle ne peut être lésée dans aucune opération, césarienne ou laparotomie, si bas qu'on fasse l'incision, si l'on a la précaution, ce qui est la règle, de la vider au préalable.

10° Le col utérin de la troisième coupe et celui de la seconde appartenant à une femme enceinte, morte au huitième mois sans qu'il y ait eu aucun début de travail, démontrent qu'il n'y avait pas eu augmentation aucune du col dans le sens longitudinal, tandis qu'au contraire il y avait eu augmentation des diamètres antéro-postérieurs et transverses.

11° La vascularisation plus abondante de la paroi utérine au niveau de l'aire placentaire est manifeste sur la seconde et la troisième coupes ; ce qui explique pourquoi l'hémorragie est plus forte dans l'opération césarienne, lorsque le placenta s'insère sur la face antérieure de l'utérus.

De la radiographie et de la radiométrie appliquées à l'obstétrique.

E. Canton (Buenos-Aires). — 1° Ce travail est le premier publié dans l'Amérique du Sud sur la radiographie et la radiométrie appliquées à l'obstétrique ;

2° On obtient de très bonnes radiographies du détroit supérieur du bassin, dans les cas de grossesses avancées et de viciations pelviennes, en soulevant doucement la présentation, au moyen d'une bande, pendant que dure l'exposition aux rayons cathodiques, la femme étant en décubitus dorsal ;

3° La tête fœtale étant déjà bien engagée, on obtient de bonnes radiographies du détroit supérieur (hormis la région sacrée) et de la présentation, au point qu'il est possible de diagnostiquer la position du fœtus par le seul examen radiographique ;

4° Le décubitus dorsal est le seul qui permet d'obtenir de bonnes radiographies du bassin durant les derniers mois de la grossesse ;

5° Si la position de la femme sur la plaque photographique n'est pas parfaitement horizontale et symétrique, on obtient des photographies qui figurent de *fausses* viciations pelviennes ;

6° Pour toute radiographie obtenue en plaçant la plaque photographique au dessous de la femme, ce que l'on voit, c'est : la face postérieure du bassin, qui est la plus rapprochée de la plaque sen-

sible, et *la ligne de l'articulation sacro-iliaque qui correspond à la face antérieure* ;

7° Sur le cadavre, l'utérus n'étant pas gravide ou l'étant depuis peu, il est possible d'obtenir des ombres nettes de l'œuf et de ses annexes ;

8° La radiographie donne avec netteté, même chez la femme enceinte, la configuration générale des détroits supérieur et inférieur, mais amplifiés tous les deux en proportions diverses ;

9° La radiographie d'une femme non enceinte, placée en décubitus dorsal, permet de voir la région correspondant au promontoire, qui apparaît éloignée de la symphyse pubienne ;

10° Toute radiographie des bassins correctement orientée révélera certaines variétés d'asymétrie et d'aplatissements, l'existence de tumeurs, de luxations, d'ankyloses, de fractures, de spondylolisthésis et de spondylizème ;

11° L'importance clinique de la radiographie appliquée à l'obstétrique est grande et ressort des conclusions précédentes, fondées sur les photo-radiographies insérées dans ce travail ;

12° Pour le moment, la pelvi-radiométrie de la femme enceinte ne peut nous donner avec exactitude la dimension des diamètres antéro-postérieur et oblique du détroit supérieur du bassin, parce qu'il est difficile de déterminer le siège du promontoire et que l'inclinaison du plan du détroit supérieur varie d'une femme à l'autre de 55 à 60° ;

13° La pelvi-radiométrie peut nous donner, même sur la femme enceinte à la fin de sa grossesse, déduction faite du coefficient d'amplification respectif, la mesure exacte du diamètre transverse du détroit supérieur et du bisciatique du détroit inférieur ;

14° Le coefficient d'amplification que nous avons trouvé pour le diamètre transversal du détroit supérieur, en plaçant le tube de Crookes à 50 centimètres au-dessus de la plaque photographique, est de 2 *centimètres ;* il est de 1 *centimètre* pour le diamètre bisciatique ; il suffit donc de déduire ces chiffres des dimensions de ces diamètres sur les photographies, pour en avoir les dimensions exactes sur le vivant.

15° Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, l'état d'embonpoint ou de maigreur ne fait pas varier le moins du monde le coefficient d'amplification des diamètres transverse et bisciatique du bassin, ainsi qu'il ressort de nos expériences sur le cadavre.

16° La pelvi-radiométrie rend un important service dans la dys-

tocie, en fournissant les dimensions exactes du diamètre transverse du détroit supérieur et du bisciatique, parce que l'opérateur avec ces notions, et avec celles que lui fournit le pelvigraphe de Farabeuf, possède ce qu'il est bon de savoir pour intervenir avec pleine connaissance du champ opératoire sur lequel il doit agir ;

17° Les 3 dernières photo-radiographies publiées dans ce travail, et relatives à des bassins viciés, appartiennent à des femmes qui entrèrent à la maternité à la fin de la grossesse, et sur lesquelles on pratiqua la césarienne avec le succès le plus complet ; elles mettent en évidence l'importance de la radiographie comme élément nouveau de diagnostic dans les cas de dystocie pour déformations pelviennes.

Sur trois fœtus achondroplasiques et sur les radiographies correspondantes.

E. Canton (Buenos-Aires). — 1° L'étude de trois fœtus achondroplasiques, objet de ce travail, est la première qui ait été publiée dans la République Argentine, et nous n'avons pas connaissance qu'aucune autre ait été publiée dans l'Amérique du Sud.

2° L'achondroplasie existe dans la République Argentine ; il n'est pas si rare de l'y rencontrer, ainsi que le démontrent nos observations.

3° La naissance des fœtus achondroplasiques est difficile ; elle réclame fréquemment l'intervention de l'art par le volume exagéré de la tête.

4° La radiographie est un excellent moyen d'examen, parce qu'elle met en évidence la macrocranie et le défaut d'accroissement longitudinal des os des membres supérieurs et inférieurs, c'est-à-dire de ceux qui procèdent des cartilages, en même temps qu'elle démontre l'accroissement normal des os de la face, épaules et thorax, ou de ceux qui ont une origine membraneuse.

5° L'achondroplasie est une affection fœtale des premiers mois de la vie intra-utérine, qui arrête l'accroissement longitudinal des os des extrémités, mais non l'accroissement transversal réalisé par le périoste.

6° Dans nos observations, il n'est pas possible d'attribuer la cause de l'achondroplasie à la syphilis ou à l'hérédité ; nous noterons seulement que deux des mères sont de grandes multipares

(11 et 12 enfants) d'âge moyen, et que tous leurs autres enfants étaient parfaitement conformés.

7° Étudiant les fœtus sous le point de vue morphologique, on voit que la macrocranie est constante aux différents âges, de même que la micromélie des extrémités supérieures et inférieures. La rizomélie n'est évidente et constante que sur les membres supérieurs.

8° L'achrondroplasie peut être confondue avec le rachitisme et le nanisme vrai ; mais une observation attentive et l'examen radiographique permettront toujours de faire le diagnostic différentiel.

Sur le moignon de l'hystérectomie subtotale

G. Richelot (Paris). — L'hystérectomie subtotale est une très bonne opération ; mais la préférence que certains chirurgiens lui accordent repose sur des motifs bien légers.

L'hystérectomie totale, avec ouverture du vagin et ablation du museau de tanche, lorsque le segment inférieur est exempt de fibromes, n'est ni plus difficile ni plus grave ; le moignon vaginal se fait aussi aisément que le moignon cervical. Dans les cas atypiques, dans les opérations compliquées, il peut être plus commode de laisser un pédicule ; alors seulement la subtotale mérite d'être préférée.

La subtotale expose à la dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse du moignon. S'il y avait, au point de vue de la technique, une différence notable entre les deux procédés, il faudrait choisir le plus sûr et ne pas tenir compte de cette éventualité.

Mais, les difficultés et les dangers attribués à la totale étant purement illusoires, et les deux opérations étant très voisines l'une de l'autre, la possibilité d'une dégénérescence maligne entre en ligne de compte et devient un argument contre la résection incomplète. Les exemples n'en sont pas très rares. Il faut se rappeler que les utérus scléreux, à muqueuse hypertrophiée, dans lesquels se développent les fibromes, sont aussi le terrain favorable à la genèse du cancer.

Sur la technique de l'hystérectomie abdominale.

J.-L. Faure (Paris). — Tous les procédés d'hystérectomie abdominale n'ont pas la même valeur, ou plutôt la valeur de chacun

tocie, en fournissant les dimensions exactes du diamètre transverse du détroit supérieur et du bisciatique, parce que l'opérateur avec ces notions, et avec celles que lui fournit le pelvigraphe de ...beuf, possède ce qu'il est bon de savoir pour intervenir avec ...ance du champ opératoire sur lequel il doit agir ; ...-radiographies publiées dans ce travail, ...partiennent à des femmes qui ...se, et sur lesquelles ...let ; elles

d'eux varie beaucoup suivant les cas auxquels on l'applique, et tel procédé qui sera excellent en présence de certaines lésions anatomiques pourra devenir détestable en face de lésions différentes.

Nous ne devons donc pas, dans le choix des procédés à mettre en œuvre, nous laisser guider par nos habitudes ou nos préférences personnelles, mais bien par la nature même des lésions que nous avons sous les yeux et par la disposition anatomique des parties malades que nous voulons sacrifier. Ces questions techniques sont capitales. Une hystérectomie, très simple si l'on sait choisir le procédé le mieux approprié aux lésions en face desquelles on se trouve, peut être extrêmement difficile et presque impraticable si l'on s'obstine à en employer un autre. La première façon d'agir donnera es succès, la seconde pourra conduire à des catastrophes. Il n'est onc pas inutile de connaître les règles qui doivent, à mon sens, uider le chirurgien dans le choix de ses procédés opératoires.

Et d'abord, en dehors des cas de cancer, il faut toujours pratiquer ystérectomie subtotale. Il ne me paraît pas contestable, ne fût-que par la simplicité de l'hémostase, qu'elle soit infiniment rieure à l'hystérectomie totale.

ns le cancer il est de toute évidence qu'à moins d'impossibilité rielle, il faut enlever en bloc l'utérus et la partie supérieure du

On ne peut sectionner celui-ci dans de bonnes conditions sque l'utérus et le col utérin lui-même ont été parfaitement es parties voisines et en particulier des uretères. Cette dis-e peut se faire avec méthode et sécurité qu'en descendant de chaque côté et de haut en bas, du fond vers le col, le ords de l'utérus et en l'isolant progressivement des par-es. Je n'insiste pas davantage sur ce point.

les autres cas, je le répète, c'est à l'hystérectomie sub-donnera la préférence. Ces cas rentrent d'ailleurs dans ies seulement, celle des fibromes et celle des an-nelles on peut rattacher les tumeurs et les néo-nexes et des ligaments larges. Lorsque ces tumeurs sont bilatérales, elles doiv... souvent le sacrifice de l'utéru... poser en principe ... ses atta...

...e
...i-
...de
...tre
...de

mois
...al des
...lisé par

...ibuer la
...ous note-
multipares

l'enlever, à des difficultés infiniment moins grandes que lorsqu'on l'attaque de haut en bas.

C'est un fait évident pour tous ceux qui ont quelque habitude de la chirurgie pelvienne.

Si nous voulons opérer avec facilité nous devons donc employer les procédés qui nous permettront le mieux *d'attaquer l'utérus et les annexes par leur pôle inférieur.*

Pour les *fibromes*, rien n'est plus simple.

Si le fibrome est mobile et facile à attirer et à basculer en avant, un coup de ciseaux attaquant l'utérus par derrière, au niveau de l'isthme, sépare le col du corps. L'utérus, dès lors, ne tient plus que par les ligaments larges. La main droite, passant entre le col et le corps, d'arrière en avant, ramasse le ligament large droit, qui est tranché d'un coup de ciseaux. L'utérus est alors basculé à gauche, le ligament large gauche saisi, pincé et coupé en dehors des annexes, et l'utérus est ainsi enlevé en quelques secondes à peine. C'est l'*hystérectomie par section première du col* ou par *décollation* que j'ai décrite il y a trois ans.

Si le fibrome est enclavé, adhérent en arrière, et impossible à attirer, on pratiquera encore la décollation, mais, cette fois-ci, en attaquant le col par le cul-de-sac vésico-utérin, d'avant en arrière. Le col sectionné, on attirera vers le haut le pôle inférieur de l'utérus et on pourra ainsi, le plus souvent, terminer très facilement une opération très difficile par tous les autres procédés.

Enfin, si l'utérus, sans être enclavé, sans être adhérent, se laisse mal attirer en haut, et si le col est inaccessible, on donnera la préférence au *procédé de Kelly*. On descendra de haut en bas, à travers un des ligaments larges, pour gagner le pôle inférieur de l'utérus. Arrivé au niveau de l'isthme, on tranchera le col et on terminera l'opération en renversant l'utérus et en le décollant, cette fois, de bas en haut. Ce procédé est excellent parce que, au moins pendant la seconde moitié de l'opération, il remplit les conditions idéales d'une extirpation facile en permettant le décollement de bas en haut des organes à enlever.

Mais c'est dans les *affections des annexes* justiciables de l'hystérectomie, qu'il est surtout nécessaire de varier sa façon de faire suivant les lésions observées.

Dans les cas faciles : ovaires scléro-kystiques, tumeurs ovariennes doubles, annexites non adhérentes ou de faible volume, l'*hystérec-*

d'eux varie beaucoup suivant les cas auxquels on l'applique, et tel procédé qui sera excellent en présence de certaines lésions anatomiques pourra devenir détestable en face de lésions différentes.

Nous ne devons donc pas, dans le choix des procédés à mettre en œuvre, nous laisser guider par nos habitudes ou nos préférences personnelles, mais bien par la nature même des lésions que nous avons sous les yeux et par la disposition anatomique des parties malades que nous voulons sacrifier. Ces questions techniques sont capitales. Une hystérectomie, très simple si l'on sait choisir le procédé le mieux approprié aux lésions en face desquelles on se trouve, peut être extrêmement difficile et presque impraticable si l'on s'obstine à en employer un autre. La première façon d'agir donnera des succès, la seconde pourra conduire à des catastrophes. Il n'est donc pas inutile de connaître les règles qui doivent, à mon sens, guider le chirurgien dans le choix de ses procédés opératoires.

Et d'abord, en dehors des cas de cancer, il faut toujours pratiquer l'hystérectomie subtotale. Il ne me paraît pas contestable, ne fût-ce que par la simplicité de l'hémostase, qu'elle soit infiniment supérieure à l'hystérectomie totale.

Dans le cancer il est de toute évidence qu'à moins d'impossibilité matérielle, il faut enlever en bloc l'utérus et la partie supérieure du vagin. On ne peut sectionner celui-ci dans de bonnes conditions que lorsque l'utérus et le col utérin lui-même ont été parfaitement isolés des parties voisines et en particulier des uretères. Cette dissection ne peut se faire avec méthode et sécurité qu'en descendant peu à peu de chaque côté et de haut en bas, du fond vers le col, le long des bords de l'utérus et en l'isolant progressivement des parties voisines. Je n'insiste pas davantage sur ce point.

Dans tous les autres cas, je le répète, c'est à l'hystérectomie subtotale qu'on donnera la préférence. Ces cas rentrent d'ailleurs dans deux catégories seulement, celle des fibromes et celle des annexites, auxquelles on peut rattacher les tumeurs et les néoplasmes des annexes et des ligaments larges. Lorsque ces annexites et ces tumeurs sont bilatérales, elles doivent, en effet, entraîner le plus souvent le sacrifice de l'utérus.

Je crois pouvoir poser en principe que, toutes les fois que l'on peut priver l'utérus de ses attaches inférieures et l'attaquer de bas en haut, ainsi que les annexes qui lui sont fixées, on se heurte, pour

l'enlever, à des difficultés infiniment moins grandes que lorsqu'on l'attaque de haut en bas.

C'est un fait évident pour tous ceux qui ont quelque habitude de la chirurgie pelvienne.

Si nous voulons opérer avec facilité nous devons donc employer les procédés qui nous permettront le mieux *d'attaquer l'utérus et les annexes par leur pôle inférieur.*

Pour les *fibromes*, rien n'est plus simple.

Si le fibrome est mobile et facile à attirer et à basculer en avant, un coup de ciseaux attaquant l'utérus par derrière, au niveau de l'isthme, sépare le col du corps. L'utérus, dès lors, ne tient plus que par les ligaments larges. La main droite, passant entre le col et le corps, d'arrière en avant, ramasse le ligament large droit, qui est tranché d'un coup de ciseaux. L'utérus est alors basculé à gauche, le ligament large gauche saisi, pincé et coupé en dehors des annexes, et l'utérus est ainsi enlevé en quelques secondes à peine. C'est l'*hystérectomie par section première du col* ou par *décollation* que j'ai décrite il y a trois ans.

Si le fibrome est enclavé, adhérent en arrière, et impossible à attirer, on pratiquera encore la décollation, mais, cette fois-ci, en attaquant le col par le cul-de-sac vésico-utérin, d'avant en arrière. Le col sectionné, on attirera vers le haut le pôle inférieur de l'utérus et on pourra ainsi, le plus souvent, terminer très facilement une opération très difficile par tous les autres procédés.

Enfin, si l'utérus, sans être enclavé, sans être adhérent, se laisse mal attirer en haut, et si le col est inaccessible, on donnera la préférence au *procédé de Kelly*. On descendra de haut en bas, à travers un des ligaments larges, pour gagner le pôle inférieur de l'utérus. Arrivé au niveau de l'isthme, on tranchera le col et on terminera l'opération en renversant l'utérus et en le décollant, cette fois, de bas en haut. Ce procédé est excellent parce que, au moins pendant la seconde moitié de l'opération, il remplit les conditions idéales d'une extirpation facile en permettant le décollement de bas en haut des organes à enlever.

Mais c'est dans les *affections des annexes* justiciables de l'hystérectomie, qu'il est surtout nécessaire de varier sa façon de faire suivant les lésions observées.

Dans les cas faciles : ovaires scléro-kystiques, tumeurs ovariennes doubles, annexites non adhérentes ou de faible volume, l'*hystérec-*

tomie par décollation est le procédé idéal par sa simplicité et sa rapidité. Il s'exécute comme pour les fibromes mobiles, et c'est lui que je recommande, parce que c'est lui qui permet de pratiquer le plus simplement, de bas en haut, le décollement bilatéral des annexes. Si, comme il arrive bien souvent dans les annexites, un des côtés est très adhérent et que l'autre soit, au contraire, facile à détacher des parois pelviennes, c'est le *procédé de Kelly*, auquel nous donnons, en France, le nom de *procédé américain*, qu'il faudra choisir.

Il sera facile, en effet, de descendre de haut en bas du côté le moins malade, en séparant les annexes des parois pelviennes, d'arriver sur l'isthme, de trancher le col et d'attaquer le côté difficile de bas en haut, comme il doit être attaqué.

Mais, si les deux annexes sont très adhérentes aux parois pelviennes et difficiles à décortiquer, le procédé de Kelly devient insuffisant, du moins pour la première moitié de l'opération, puisqu'il ne permet pas d'attaquer de bas en haut des annexes qu'il est très difficile de décoller autrement. Celles-ci doivent être attaquées toutes deux de bas en haut et abordées de dedans en dehors. Mais, pour y parvenir, il est nécessaire de se donner du jour au centre du bassin et de se débarrasser de l'utérus. C'est ce que fait *Terrier*, qui, laissant les annexes en place, enlève l'utérus et s'attaque ensuite aux annexes, qu'il décolle de chaque côté, de dedans en dehors et de bas en haut. Ce procédé est parfait lorsque les annexes n'adhèrent pas à l'utérus et que celui-ci est facile à isoler. Mais les cas sont nombreux dans lesquels les annexes collées aux parois pelviennes et aux intestins, adhèrent également à l'utérus, dont il est très difficile de les séparer. C'est dans ces cas compliqués avec adhérences bilatérales étendues qu'il ne reste plus qu'un parti à prendre et un procédé à employer. Il faut sectionner l'utérus sur la ligne médiane, du fond sur le col, jusqu'à l'isthme. Arrivé à l'isthme on coupe tranversalement chaque moitié utérine, qu'on renverse vers le haut. Le centre du bassin est ainsi désobstrué, et il est facile d'attaquer de dedans en dehors et de bas en haut les annexes malades, qu'on décolle en général facilement et qu'on enlève avec la moitié utérine correspondante. Et, dans ces cas difficiles, *l'hémisection utérine* permet de faire avec facilité des opérations presque impraticables ou tout au moins très difficiles par tous les autres procédés.

On se trouvera bien, dans certains cas, de combiner entre eux ces divers procédés. Dans une annexite double, dont un côté, par exemple, est très adhérent à l'utérus et aux parois pelviennes, tandis que l'autre n'adhère que médiocrement à l'utérus, on pourra passer entre l'utérus et les annexes du côté peu adhérent, comme Terrier, gagner le col, le sectionner en travers, enlever par bascule latérale l'utérus entier et les annexes adhérentes, comme Kelly, et garder pour la fin les annexes primitivement séparées de l'utérus, et que la désobstruction du bassin permet d'attaquer par dedans et de bas en haut.

Ce qu'il faut, c'est avoir la conception claire du but à atteindre, et s'arranger de façon à gagner, par le chemin le plus court et le plus facile, le pôle inférieur de l'utérus et des annexes. On y arrivera facilement si l'on conçoit bien et si l'on emploie judicieusement les quelques procédés très simples dont je viens de parler : la décollation utérine, le procédé américain de Kelly, l'extirpation préliminaire de l'utérus de Terrier et l'hémisection utérine.

Chirurgie conservatrice dans les cas de lésions annexielles.

A. Fargas. — Les conclusions de ce travail, basé sur de nombreuses observations personnelles (35 cas), sont :

1° La conservation de l'ovaire (et même la conservation partielle) exerce des effets très favorables sur l'organisme, en maintenant la sécrétion interne, l'ovulation, et aussi la menstruation, quand l'utérus subsiste ;

2° La conservation de la trompe, plus ou moins modifiée, à condition qu'il existe un ovaire, laisse la possibilité d'une fécondation ultérieure ;

3° La conservation des trompes, sans ovaires, ne répond à aucune indication connue ;

4° On peut presque toujours, dans les affections néoplasiques bénignes de l'ovaire, faire une conservation partielle par la résection ;

5° Dans les affections annexielles trophiques, la conservation partielle de l'ovaire est presque toujours indiquée ;

6° Dans les affections infectieuses, on peut avoir recours à la chirurgie conservatrice, chaque fois que la nature des lésions permet d'espérer un rétablissement anatomique et fonctionnel ;

7° Les opérations conservatrices doivent se pratiquer quand les

lésions annexielles infectieuses ont atteint leur plein développement et que le processus infectieux est épuisé ;

8° Nous devons être fort prudents dans l'emploi de ces opérations tant que le processus infectieux conserve sa virulence ;

9° Les exigences de la technique ne justifient pas actuellement une mutilation superflue ;

10° La facilité et l'innocuité des diverses opérations conservatrices sont aujourd'hui parfaitement démontrées ;

11° Les contre-indications de la chirurgie conservatrice sont nombreuses, et on doit en tenir compte ;

12° Les effets thérapeutiques des opérations conservatrices, quand elles sont bien indiquées, sont bons et indiscutables ;

13° En échange d'une légère imperfection et d'une gêne locale, qui peut persister, nous conservons à la femme deux fonctions très importantes : la sécrétion interne ovarienne et la possibilité de la fécondation ;

14° La technique de l'intervention varie suivant les circonstances spéciales à chaque cas ;

15° La meilleure voie pour ces interventions est la laparotomie ;

16° Les résultats opératoires obtenus démontrent leur bénignité ;

17° Les résultats fonctionnels acquis démontrent leur utilité et exigent que le gynécologue leur prête toute son attention ;

18° Les opérations conservatrices sont beaucoup plus scientifiques que les interventions radicales ;

19° La gynécologie contemporaine, en perfectionnant la technique opératoire et ses connaissances des lésions annexielles, doit tendre à se montrer plus respectueuse des fonctions génitales qu'elle ne l'a été dans les dernières années du dix-neuvième siècle.

Sur le traitement des fistules uréthro-vaginales.

Candela (Valence).— En l'état actuel des connaissances, la seule ressource laissée au chirurgien, lorsque la vessie communique avec le vagin par un point situé sur la paroi postérieure de l'urèthre primitif, avec destruction de ce conduit, consiste à fabriquer un urèthre artificiel. Et comme le nouveau conduit se trouve forcément dépourvu des éléments histologiques et physiologiques qui assurent le fonctionnement normal, la prétention du chirurgien doit se

réduire à constituer comme une sorte de valvule qui, adossée à l'orifice persistant après la destruction du canal normal, empêche le plus possible l'écoulement continu de l'urine. De plus, pour éviter l'action constante de l'humidité entretenue par la sonde placée à demeure, il faut pratiquer une opération préalable, savoir : créer une fistule vésico-vaginale en incisant la paroi postérieure de la vessie et antérieure du vagin (colpo-cystotomie), destinée à assurer, avec ou sans sonde, par ce nouvel orifice linéaire, l'évacuation complète de la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des ovaires et des trompes, par A. Monprofit. Paris, Institut de bibliographie, 1903. — Cet ouvrage continue la série de traités publiés dans la même collection sur le foie, l'intestin, l'utérus. Il comprend la description d'une foule de procédés opératoires, anciens ou modernes. Les interventions conservatrices sur les annexes, qui tendent à prendre une place de plus en plus importante et à se substituer aux opérations mutilantes, sont très complètement étudiées. Le massage intra-abdominal de l'ovaire, l'oophorotomie, l'oophoropexie, la salpingotomie, la salpingostomie, etc., sont successivement étudiés. Nous ne ferons qu'un reproche à ce livre, qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les gynécologues : c'est l'absence complète et systématique d'indications bibliographiques.

Précis de gynécologie, par A. Boursier. Paris, O. Doin, éditeur, 1903. — Après un exposé général de la technique gynécologique des modes d'examen et d'exploration, le professeur Boursier (de Bordeaux) passe successivement en revue la pathologie de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes. Dans une dernière partie il étudie les maladies communes à toutes les parties de l'appareil génital (la tuberculose, les troubles fonctionnels et les malformations congénitales).

Ecrit spécialement pour les élèves, ce manuel, qui fait partie de la collection Testut, est écrit avec clarté. Ne se perdant pas dans la discussion des questions controversées, l'auteur donne sur chaque point une idée nette et formule son appréciation personnelle.

Travaux de chirurgie anatomo-clinique, par Henri Hartmann. Paris, Steinheil, 1903. — Bien que composé surtout de travaux afférents à la chirurgie urinaire de l'homme et à celle de l'estomac, ce volume est susceptible d'intéresser tous ceux qui s'occupent de chirurgie abdominale. Quelques-unes des questions traitées (la cystoscopie directe, la séparation intravésicale des urines, etc.) sont du reste nettement gynécologiques. Aussi avons-nous cru intéressant de signaler ici ce volume, rempli de faits nouveaux et illustré de 103 beaux dessins, tous gravés d'après des documents personnels à l'auteur.

Transaction of the American gynecological Society, t. XXVII, Philadelphie, 1902. — Edité avec le même soin que les volumes des années précédentes, le *Compte rendu annuel de l'American gynecological Society* contient, pour 1902, une série de travaux sur la splénectomie pour rate flottante par Ashby, le côté médical de la gynécologie par Jenks, les déchirures du col utérin et du plancher pelvien par Burrage, les rétrodéviations de l'utérus par Mann, par Davenport, leur traitement par Claveland, Robb, Goffe, Bovée, la grossesse extra-utérine par Davis, van der Warker, Wells, le traitement du placenta prævia par Murrey, les fibromes de l'ovaire par Peterson, la grossesse ovarienne par Thompson, l'opération des déchirures complètes du périnée par Noble, etc.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

ÉTUDE DE LA MUSCULATURE DU COL UTÉRIN

A L'ÉTAT DE VACUITÉ ET PENDANT LA GROSSESSE

Par le **Docteur G. Fieux**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
accoucheur des hôpitaux.

En 1897, dans un travail sur la musculature intrinsèque de l'utérus, je posai d'une façon trop absolue ou plutôt trop générale que le col est toujours dépourvu de fibres musculaires, ou que ces éléments y sont toujours si rares que cette portion de l'organe ne devait pas être considérée comme contractile.

J'étais, en effet, tombé sur une série d'échantillons dans lesquels diverses méthodes de recherches m'avaient déterminé à conclure dans ce sens.

Or, après avoir publié ce mémoire, j'eus l'occasion de faire de nouvelles coupes et, selon les cas, je trouvais ou non des faisceaux musculaires. Je me remis donc à l'étude et, depuis 5 ans, portant exclusivement mon attention sur le col, je tâchai de surprendre les causes qui peuvent modifier sa texture musculaire.

J'ai employé comme colorant le réactif préconisé en pareille circonstance par Retterer, le carmin aluné, qui fait apparaître les éléments musculaires en rouge plus ou moins vif et laisse les éléments conjonctifs en rose clair.

Ce colorant, dont s'était servi Keiffer pour ses recherches sur la physiologie de l'utérus, donne des préparations plus durables, plus nettes et plus fines que le réactif de Van Dieson, que j'avais précédemment employé. Il permet, en outre, d'obtenir de très bons effets en photomicrographie.

sous-vaginale du col, on distingue quelques faisceaux musculaires, mais ce qui frappe c'est l'hyperplasie considérable du tissu conjonctif qui les entoure, hyperplasie bien plus avancée que dans l'utérus précédent.

Non seulement les éléments musculaires sont étouffés et dissociés par le tissu conjonctif, mais ils sont en même temps atrophiés d'une façon très sensible.

En remontant dans la portion sus-vaginale du col, au point 2, situé tout près de l'orifice interne, on retrouve la même modification. L'envahissement conjonctif intra-fasciculaire, ainsi que l'atrophie des cellules musculaires est indéniable, mais à un degré moindre que dans la portion sous-vaginale, puisque les faisceaux sont encore bien délimitables et les fibres-cellules bien mieux visibles.

Près de la périphérie, en se rapprochant de l'insertion vaginale (3), on peut voir, au contraire, que les faisceaux ne sont pas sensiblement modifiés.

Au-dessus de l'orifice interne, en plein segment inférieur, l'aspect change du tout au tout (4), et le microscope nous montre des faisceaux musculaires dans toute leur force. Les faisceaux longitudinaux, obliques et circulaires sont hypertrophiés, denses et serrés. En passant je fais encore remarquer dans ce segment inférieur la prédominance des faisceaux longitudinaux.

Je passe maintenant à un utérus de primipare, *enceinte de 5 mois*, morte de tuberculose pulmonaire (fig. 5 et planche IV).

La vue d'ensemble de ce col inégalement coloré nous fait encore prévoir ce que nous allons trouver.

Au point 1 près du centre du museau de tanche, comme dans les pièces précédentes, nous pouvons remarquer que les faisceaux musculaires sont envahis et comblés par un tissu conjonctif lâche et œdémateux au milieu duquel les éléments contractiles atrophiés ne sont perçus que sous forme de quelques petits points mal colorés.

On voit, par contre, qu'au niveau de l'insertion du vagin (2), les faisceaux restent indemnes.

Dans la portion sus-vaginale l'examen du point 3 nous rappelle exactement ce que nous venons de voir au point correspondant des deux dernières pièces. Les faisceaux musculaires sont atrophiés et peu distincts, bien que, cependant, mieux conservés que dans le museau de tanche. En regardant avec attention, et en comparant les trois pièces, on peut se convaincre que *l'envahissement conjonctif des faisceaux et l'atrophie des fibres-cellules est plus avancée dans le col de l'utérus gravide à mesure que la grossesse avance.*

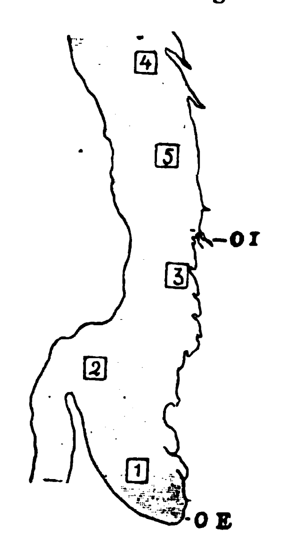


FIG. 5.

Quant à la photographie du point 4 qui porte sur le corps utérin, elle nous montre une musculature vigoureuse, à éléments denses et hypertrophiés, qui contraste singulièrement avec la texture du col.

Ma série se continue par l'utérus d'une tertipare, morte d'accès éclamptiques à la fin du sixième mois de sa grossesse. Je m'abstiens pour cette pièce de nouvelles photographies et de longues descriptions, car je n'ai rien de bien particulier à figurer ou à dire. Les photographies de cette pièce seraient le décalque de celles qui ont trait à l'utérus de 5 mois.

Ma collection se termine, enfin, par trois utérus de femmes mortes à terme, une pendant le travail, une après l'accouchement, avant la délivrance, la troisième une heure après la délivrance. Comme les préparations sont à peu près identiques, et, dans tous les cas, concluantes dans le même sens, je présenterai comme type le dernier de ces utérus, celui

par de grands lavages antiseptiques et un léger bourrage à la gaze iodoformée.

Cette désinfection a été certainement insuffisante, puisque, 3 jours après la naissance, l'enfant était atteint d'ophtalmie double d'aspect pseudo-diphtérique, mais de nature gonococcique, qui, malgré les soins qui lui ont été prodigués à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, a amené quelque temps après une cécité absolue.

Il est bon de remarquer qu'à cette époque le traitement prophylactique de l'ophtalmie usité à la clinique de Toulouse consistait en insufflation d'iodoforme porphyrisé, d'après la méthode de Valude.

Ce traitement m'ayant paru insuffisant, j'y ai substitué, dès mon arrivée dans le service, le traitement de Crédé, qui est certainement plus actif, et qui a d'ailleurs presque totalement fait disparaître les ophtalmies. Dans les cas ordinaires, j'emploie une solution nitratée à 1/150e et dans les cas suspects à 1/100e. C'est cette dernière solution qui a été instillée dans les yeux de l'enfant de l'observation I. Cette différence dans le traitement prophylactique n'est pas sans importance, et doit avoir une part d'influence dans les résultats si différents observés dans les deux cas.

Les localisations vésicales, bartholiniques, articulaires de la blennorrhagie gravidique ne présentent aucun caractère spécial. Aussi me permettra-t-on de les laisser de côté pour décrire d'une façon plus complète la localisation utéro-cervicale, la métrite du col, l'endocervicite. C'est elle qui possède la physionomie la plus caractéristique, celle que l'on rencontre le plus communément et qui me paraît constituer le type le plus net de la gonococcie puerpérale. Hantcheff (1), qui en a fait une très bonne étude, décrit deux formes : la forme aiguë et la forme chronique. La forme aiguë se rencontre moins fréquemment que l'autre chez les femmes enceintes, du moins avec son cortège fébrile, ses douleurs

(1) Thèse de Nancy, 1899.

vives, sa symptomatologie bruyante. Plus commune est la forme subaiguë, qui vient se greffer sur le processus chronique à l'occasion d'une fatigue, d'un excès quelconque. Mais c'est la forme chronique qui est de beaucoup la plus fréquente. Dans ce cas, la douleur est presque nulle, à moins qu'il n'y ait des complications uréthro-vésicales, qui se traduisent alors par des douleurs hypogastriques avec irradiations lombaires, pelviennes, sciatiques et par du ténesme vésical et rectal. Le seul symptôme gênant est la *leucorrhée*. L'écoulement est épais, visqueux, blanc jaunâtre ou blanc verdâtre, se reproduisant avec la plus grande rapidité ; par son abondance et ses propriétés irritantes, il amène bientôt de l'érythème des régions vulvaires et génito-crurales, etc.

A part les différences tenant à la parité, l'aspect du col examiné au spéculum est à peu près le même. Le col de la multipare se reconnaît à ses encoches uni ou bilatérales, à sa forme cylindrique, à son orifice en boutonnière transversale, celui de la multipare à sa forme conique et à son orifice punctiforme. Mais chez les multipares, aussi bien que chez les nullipares, le col, dans la blennorrhagie cervicale chronique, est gros, boursoufflé, dur dans presque toute son étendue, excepté autour de l'orifice externe. Cette consistance ferme surprend au premier abord par son contraste avec la flaccidité de la paroi vaginale et aussi par son contraste avec le ramollissement que l'on s'attend à trouver au niveau du col à une période même peu avancée de la grossesse.

L'orifice externe est entièrement bordé par une collerette plus ou moins large, constituée par la muqueuse intra-cervicale ectropionnée et partant des érosions, des exulcérations, à fond rouge vif, piqueté de petits points plus clairs et saignant au moindre contact. De l'orifice s'échappe une large goutte de mucosité filante couleur blanc d'œuf ou légèrement teintée de jaune, adhérente, difficile à détacher.

Cette description se rapproche beaucoup, comme on le voit, de la description de la banale cervicite. Aussi nous semble-t-il inutile d'insister sur ce point, comme aussi sur les lésions

histologiques que l'on rencontre en pareil cas et qui, d'après Hantcheff, peuvent se résumer en « une sclérose excessive portant à la fois sur la musculeuse et sur le chorion et dans la présence de foyers inflammatoires péri-glandulaires et péri-vasculaires ».

Enfin, signalons, en terminant, une localisation de la blennorrhagie gravidique moins commune que les précédentes, qui n'est pas mentionnée dans le travail de Fruhinsholz, mais dont l'existence me paraît cependant indubitable : c'est la pyélo-néphrite. Pendant la grossesse, l'uretère, comprimé par l'utérus contre la paroi pelvienne, ne tarde pas à se dilater, à s'amincir et à devenir flexueux. Dans ces conditions, il peut facilement s'infecter par voie sanguine ; le microorganisme provient alors le plus souvent de l'intestin (colibacille). Dans quelques cas, on a pu assigner à la pyélo-néphrite une origine toute différente : elle succède à une infection des voies urinaires inférieures ; c'est le gonocoque qui est l'agent infectieux. Quoique cette pathogénie me paraisse très fréquente, on n'en trouve aucune observation bien nette dans les travaux récents consacrés à l'étude de la pyélo-néphrite chez les femmes enceintes. Lop (2) a trouvé une fois le gonocoque dans les urines d'une femme atteinte de pyélite gravidique. Moi-même, je viens d'observer dans mon service plusieurs cas où la pyélo-néphrite a été la dernière complication d'une blennorrhagie vagino-vulvaire et vésicale. Ils feront l'objet d'une étude ultérieure.

De *l'accouchement chez les blennorrhagiques*, je ne dirai rien, car, d'après mes observations et d'après les faits publiés dans la littérature obstétricale, d'après aussi l'avis de Krönig, l'influence de la gonococcie serait nulle sur la marche et la terminaison du travail.

---

(1) Bonneau, thèse de Paris, 1893. — Navas, thèse de Lyon, 1899. — Vinay, *Obstétrique*, mai 1899. — Weill, thèse de Paris, 1899. — Le Brigand, thèse de Paris, 1900. — Lepage, *Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris*, 1900. — Bredier, thèse de Paris, 1902. — Balatre, thèse de Paris, 1902-1903.

(2) *Congrès de gynécol., d'obstétr. et de pédiatrie*, Marseille, 1898.

§ 2. — Gonococcie et suites de couches.

Depuis les travaux de Giles, de Nœggerath, de Sänger, il n'est plus douteux que les femmes blennorrhagiques ne soient exposées, dans les jours qui suivent l'accouchement, à des accidents plus ou moins graves d'infection.

Le traumatisme que subit le col pendant le travail a pour résultat, d'après tous les bactériologistes, d'amener une pullulation considérable de gonocoques qui pourraient même devenir plus gros, plus florissants (Fruhinsholz) qu'à l'ordinaire. Le gonocoque se multiplie surtout du quatrième au sixième jour (Krönig) et à ce moment il existe à l'état de culture pure. Rien ne s'oppose alors à sa pénétration dans la grande cavité utérine, puisque l'orifice externe, largement dilaté par le passage du fœtus, va rester béant quelques jours encore. Il aura donc toute facilité pour infecter la caduque, donnant ainsi naissance à une endométrite gonococcique dont l'existence est démontrée par de multiples vérifications bactériologiques. De l'utérus, l'infection pourra gagner les trompes, les ovaires, le péritoine pelvien, soit par continuité muqueuse, soit par la voie vasculaire. On assistera ainsi à l'évolution d'accidents salpingiens, ovariques, périmétro-salpingiens, qui apparaissent un peu tard, à partir de la troisième semaine habituellement.

Telle est la marche de la blennorrhagie ascendante dans les suites de couches. Je ne parle pas des lésions péri-annexielles déjà existantes à l'état latent et qui, du fait de l'accouchement, reçoivent un coup de fouet ; il s'agit seulement ici de la propagation de l'infection gonococcique à des organes sains pendant la grossesse.

A côté de ces complications uniquement, essentiellement gonococciques, Sänger a décrit des accidents qu'il appelle *puerpéro-gonorrhéiques* et pour lesquels Fruhinsholz propose le nom d'accidents *parablennorrhagiques*, qui surviennent à l'occasion de la blennorrhagie, mais dont l'agent pathogène

n'est plus le gonocoque. On sait qu'une espèce microbienne peut aisément se substituer à une autre. Le gonocoque, après lui avoir ouvert la voie, peut céder sa place à un nouveau venu, le plus souvent au staphylocoque, ou s'associer à lui et constituer ainsi des infections polymicrobiennes (gonocoque et staphylocoque, Doléris ; gonocoque et streptocoque, Frantz et Vogel ; gonocoques et bâtonnets, Franqué). Ces accidents parablennorrhagiques revêtent toutes les modalités des infections puerpérales ordinaires et ne rentrent dans le cadre de ce travail que par leur pathogénie spéciale.

Il est bien difficile d'établir d'une façon précise la fréquence des complications puerpérales infectieuses chez les blennorrhagiques. Nœggerath donne une proportion de 75 p. 100. Steinbüchel distingue les suites de couches immédiates, dans lesquelles la morbidité atteint 10 p. 100, des suites de couches éloignées (2 ou 3 mois après l'accouchement), dans lesquelles il a trouvé 6 fois sur 8 des lésions annexielles.

Le chiffre donné par Nœggerath, et qui semble un peu élevé, s'explique par l'époque un peu éloignée (1872) où écrivait cet observateur. Sur les quatre femmes dont j'ai pu suivre la grossesse et le *post partum*, j'ai déjà dit que 2 n'avaient présenté aucune complication infectieuse (obs. I et II). Voici une observation où les suites de couches ont été aussi indemnes de toute infection ascendante, quoique le col présentât, 15 ou 20 jours après l'accouchement, des lésions caractéristiques de cervicite blennorrhagique.

Obs. III. — *Gonococcie gravidique. Cervicite pendant les suites de couches. Pas de complications.* — Mme X..., 25 ans. Il y a deux ans, avortement de cause inconnue. Quelque temps après, leucorrhée abondante, douleurs dans le bas-ventre. Un médecin diagnostique une métrite, lui fait des pansements utérins et l'envoie, déjà très améliorée, faire une saison dans une station thermale des Pyrénées, d'où elle revient guérie (?). A son retour, elle devient enceinte ; cette grossesse est marquée par une albuminurie qui dure un peu plus d'un mois, et par des pertes vaginales pour les-

quelles je lui prescris des injections biquotidiennes antiseptiques. Rien de particulier du côté du col.

D. R., fin septembre 1900. L'accouchement a lieu en juin 1901, H. U., 39 centimètres. Forceps à l'orifice vulvaire pour inertie utérine et souffrance de l'enfant; délivrance artificielle. Enfant volumineux pesant 3.570 grammes. Instillation de nitrate d'argent au 1/100e. Pas d'ophtalmie.

Pendant les premiers jours des suites de couches, rien à noter. La montée du lait est faible. Vers le dixième jour, je constate que, la régression utérine étant tout à fait normale, les lochies persistent avec une abondance exagérée. Elles sont alors séreuses, mais un peu louches. Peu après, elles deviennent nettement muco-purulentes, sans que le thermomètre ait dépassé une seule fois 37°,5. Pas de douleurs utérines. Aucun symptôme d'infection. J'examine le col au spéculum, 15 jours après l'accouchement, et je trouve une cervicite manifeste ; je prélève une goutte du pus qui s'échappe du museau de tanche, et je la confie à M. Dalous, qui veut bien l'examiner et qui y constate la présence de nombreux gonocoques. A deux jours d'intervalle, je pratique cinq fois un pansement gynécologique (attouchement à la glycérine créosotée et tampons ichthyolés), en ayant bien soin de ne jamais dépasser l'orifice interne du col. Peu à peu les sécrétions muco-purulentes diminuent, et un mois après l'accouchement, je permets à Mme X... de se lever. La guérison s'est maintenue depuis.

Cette cervicite du *post partum* ne me paraît pas très commune ; elle a fait défaut, dans l'observation IV, où une infection gonococcique grave, remontant au début de la grossesse, avait envahi progressivement le vagin, la vessie et la glande de Bartholin. Quoique la blennorrhagie n'ait acquis son maximum d'intensité que trois mois avant le terme, il n'y eut pas, pendant les suites de couches, la moindre complication.

Obs. IV (n° 39, année 1903). — *Vaginite, cystite, bartholinite gonococciques pendant la grossesse, guéries au moment de l'accouchement. Suites de couches normales.* — Germaine R..., primipare, 21 ans, entre à la clinique le 2 février 1903.

D. R., le 10 mai 1902.

Dès le début de la grossesse, leucorrhée abondante, qui va en

augmentant jusqu'au mois de novembre. En septembre, mictions douloureuses et fréquentes — au moins 15 par jour. Elle entre le 17 novembre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Audry, où l'on constate de la vaginite, de la cystite certainement blennorrhagique, car on trouve du gonocoque dans le pus. De plus, la grande lèvre droite est tuméfiée, et il existe un abcès volumineux de la glande de Bartholin. La nuit qui suit son entrée, alors que l'on se proposait d'intervenir dès le lendemain matin, l'abcès s'ouvre spontanément, et il s'en écoule une certaine quantité de pus fétide. Quelques heures après, M. Dalous procède à l'extirpation complète du sac glandulaire. La malade séjourne à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 23 décembre.

Au moment de son arrivée à la clinique d'accouchements, la cystite et la vaginite ont complètement disparu. On trouve seulement, en outre de quelques petites végétations vulvaires, une perte de substance presque linéaire correspondant à la glande de Bartholin énucléée. Le col, complètement fermé, a sa longueur et sa consistance normales; il présente seulement autour du museau de tanche quelques granulations dures ; il n'y a pas d'ectropion ; les pertes sont insignifiantes.

Le début du travail eut lieu le 15 février à 11 heures du matin. O.I.G.A.

H. U., 32 centimètres ; tête fléchie et engagée. La marche du travail est tout à fait régulière et l'expulsion du fœtus se produit à 5 h. 30 du matin, le 16 février, après 18 heures de travail.

L'enfant, qui pèse 2.850 grammes, est en bon état; on lui fait une instillation oculaire de nitrate d'argent au 1/100e. Pas d'ophtalmie. Au moment de la sortie, le 29 février, il pèse 2.830 grammes.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques; la température n'a jamais dépassé 37°.

Il n'en est pas toujours ainsi, et dans des cas où rien n'attire l'attention, où l'état des organes génitaux, en particulier du col, ne permet pas de soupçonner la blennorrhagie, on voit quelquefois survenir des accidents locaux très graves, se compliquant bientôt de troubles généraux sérieux, donnant lieu, en un mot, à une véritable *septicémie*. L'observation suivante en est un exemple frappant.

Obs. V (n° 82 de l'année 1902). — *Péri-métro-salpingite et infection généralisée gonococciques, ophtalmie purulente et mort de l'enfant.* — La nommée X..., 21 ans, primipare, enceinte de sept mois et demi environ, entre à la clinique d'accouchements le 27 avril, à 10 heures du matin, en travail, avec des membranes rompues depuis neuf heures. La dilatation est à ce moment-là de 4 centimètres, le fœtus se présente par le sommet en G. P. Les premières douleurs ayant commencé à 6 heures du matin, l'accouchement a lieu à 1 heure du soir. Le sommet est engagé au moment où la femme entre à la clinique. Le travail de l'accouchement dure sept heures et ne présente rien de particulier.

Pas d'hémorrhagie pendant la délivrance, qui a lieu 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Par l'examen de l'arrière-faix, on constate que le placenta était inséré à 6 centimètres de l'orifice interne, ce qui explique la rupture précoce des membranes.

Après la délivrance on donne une injection intra-utérine à l'iode.

L'enfant, qui pèse 2.280 grammes, est en bon état au moment de la naissance ; on procède au lavage des yeux et à une instillation de nitrate d'argent à 1 p. 150.

Le 7 mai, l'enfant est atteint d'ophtalmie de l'œil gauche; on l'apporte à la clinique ophtalmologique, où on lui fait subir tous les jours un traitement approprié.

A ce moment, la mère n'a pas suffisamment de lait pour nourrir son enfant, et on est obligé de compléter les tétées avec du lait de vache; ce lait est rejeté; on fait le gavage; mais les vomissements persistent. Le cri s'affaiblit de plus en plus, puis apparaissent de l'œdème des membres inférieurs et une légère cyanose des extrémités et des lèvres. L'enfant meurt le 10 mai.

Les suites de couches sont normales jusqu'au sixième jour.

Le 3 mai, la femme est atteinte de céphalée qui débute le soir et persiste une partie de la nuit. T. m., 36°,9 ; T. s., 36°,8.

Le 4, la céphalée a disparu, mais, dans l'après-midi, surviennent quelques petits frissons. Le soir, douleurs abdominales très intenses, surtout accusées un peu au-dessous du point de Mac Burney. Lochies sanguinolentes et sans odeur. Injections vaginales fréquentes, et grands lavages intestinaux à l'eau boriquée. La céphalée reparaît. T. s., 38°,5 ; P., 115.

Dans la nuit : T., 37°,9 ; P. 120.

Le 5, nausées, deux vomissements dans la journée, facies péritonéal. Glace en permanence sur l'abdomen, qui est ballonnné. Lait. Champagne. T. m., 36°,5 ; P., 125 ; T. s., 37°,1 ; P., 96.

Le 6, l'état de la malade est stationnaire. T. m., 36°,6 ; P., 84. T. s., 37°,3 ; P., 107.

Le 7, même état. T. m., 36°,9 ; P., 86 ; T. s., 37°,4 ; P., 96. Piqûre de morphine (0 cmc. 5).

Le 8, apparition d'un érythème des organes génitaux externes. On supprime le sublimé, et l'on fait des injections au permanganate de potasse. A signaler quelques frissons, un vomissement. Facies meilleur depuis 48 heures. Lavage rectal matin et soir, injections fréquentes, lait, champagne, quinine, glace.

Le toucher, pratiqué à ce moment-là, donna les renseignements suivants : tumeur indurée et douloureuse dans le cul-de-sac latéral droit. Les deux orifices du col sont perméables, mais l'interne est plus résistant. Lochies roussâtres, sans odeur; cette coloration semble due au permanganate de potasse. Tampons de glycérine ichthyolée dans le cul-de-sac latéral droit. T. m., 37°,2 ; P., 95 ; T. s., 37°,5 ; P., 105.

L'érythème, localisé aux organes génitaux externes, ne tarde pas à augmenter et peu à peu se généralise. Les reins et la face interne des cuisses sont surtout atteints. Douleurs très intenses dans les deux côtés de la poitrine, s'irradiant dans les épaules. On fait des badigeonnages à la teinture d'iode, sinapismes, quinine, antipyrine, morphine (1 cmc.). Néanmoins, les douleurs persistent durant trois jours en diminuant d'intensité.

Le 9, état stationnaire. T. m., 37° ; P., 87 ; T. s., 37° ; P., 86. Même traitement que les jours précédents.

Le 10, état stationnaire. T. m., 37°,1 ; P., 85 ; T. s., 37°,1 ; P., 87.

Le 11, T. m., 37°,1 ; P., 96 ; T. s., 36°,9 ; P., 92.

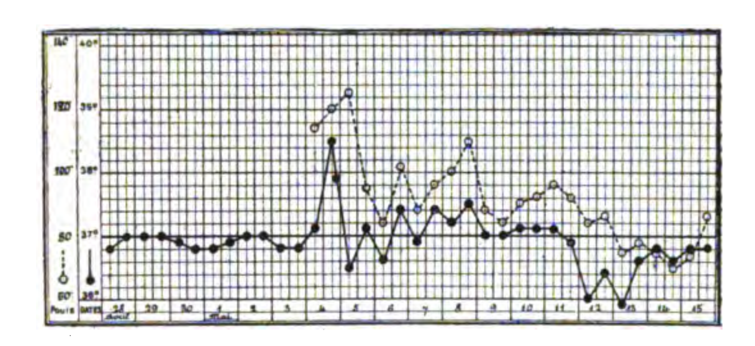
Le 12, on supprime le permanganate de potasse et les tampons à la glycérine ichtyolée, qui empêchent de se rendre compte de la coloration exacte et de l'odeur des lochies. Injections à l'eau oxygénée. Lochies sanguinolentes et sans odeur. T. m., 36° ; P., 84 ; T. s., 36°,4 ; P., 86. Même traitement et même alimentation.

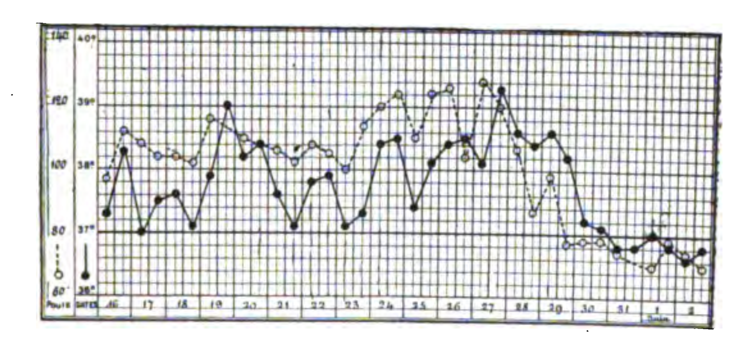
Le 13, état stationnaire. T. m., 35°,9 ; P., 72 ; T. s., 36°,6 ; P., 78.

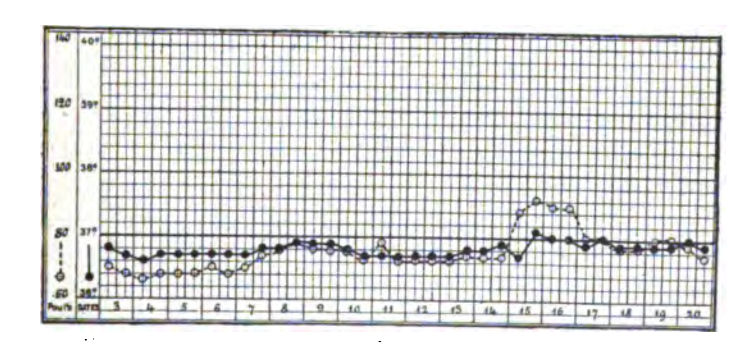
Le 14, T. m., 36°,8 ; P., 72 ; T. s., 36°,6 ; P., 70.

Le 15, l'érythème siège sur tout le corps, excepté aux avant-bras

et aux jambes. Nausées. Vomissements. T. m., 36°,8 ; P., 72 ; T. s., 36°,6 ; P., 70.







Le 16, T. m., 37°,3 ; P., 101 ; T. s., 38°,3 ; P., 112.

Le 17, lochies supprimées. T. m., 37°; P., 108; T. s., 37°,5; P., 104.

Le 18, pas de lochies. T. m., 37°,6 ; P., 104 ; T. s., 37°,1 ; P., 102.

Le 19, l'érythème est sensiblement plus pâle. On cesse les piqûres de morphine. Lait. Champagne. Bouillon. Benzo-naphtol, 1 gramme. T. m.. 37°,9 ; P., 106 ; T. s., 39° ; P., 115.

Le 20, lochies séreuses dans la matinée, purulentes dans la soirée. Même traitement. 250 grammes de sérum artificiel par jour depuis le 12 mai. T. m., 38°,2 ; P., 105 ; T. s., 38°,4 ; P. 103.

Le 21 mai, hyperesthésie générale, l'érythème augmente de nouveau et gagne tout le corps. Œdème du pavillon des deux oreilles et des petites lèvres. Langue sale. Deux vomissements dans la nuit. La malade est abattue, et s'alimente difficilement. Calomel, 50 centigrammes. Benzo-naphtol. Injections vaginales fréquentes à l'eau oxygénée. Lavages intestinaux à l'eau boriquée, matin et soir. T. m., 37°,6 ; P. 102 ; T. s., 37°,1 ; P., 97.

On recueille du pus dans le cul-de-sac postérieur. A l'examen sur lamelle, fait par M. Dalous, il donne :

« Cocci restant colorés par la méthode de Gram. Extra-cellulaires, groupés le plus souvent en diplocoques ?

« Cocci décolorés après le Gram. Intra-leucocytaires, en groupes diplococciques ; très probablement *gonocoques*.

« Cultures. Ensemencement très large sur bouillon. Streptocoques en courtes chaînettes. Cocci isolés ou groupés, prenant le Gram. Staphylocoques. Nombreux bacilles polymorphes ne prenant pas le Gram, non complètement identifiés, colibacille sans doute. »

Le 22. Dans la nuit, léger délire. Salivation intense. Pouls petit, filiforme, irrégulier. T. m., 37°,8 ; P. 108 ; T. s., 37°,9 ; P. 105.

Le 23, persistance du délire et commencement de toux. T. m., 37°,1 ; P., 95 ; T. s., 37°,3 ; P., 114.

Le 24, lochies légèrement purulentes. Toux. Dyspnée très intense. Deux vomissements. Sérum antistreptococcique (20 c. c.). Glace. Lait. Champagne. Oxygène. T. m., 38°,4 ; P., 120 ; T. s., 38°,5 ; P., 124.

On prélève du pus directement dans le canal cervical après nettoyage du vagin et du museau de tanche ; et après examen direct sur lamelle, on trouve de très nombreux gonocoques.

1° Cultures stériles sur les milieux usuels. Le pus n'a pas été ensemencé sur les milieux spéciaux nécessaires pour la culture de gonocoque.

2° Environ 1 centimètre cube de sang pris dans une veine du poignet, ensemencé dans 5 centimètres cubes de bouillon ; ce mélange a servi à faire des ensemencements sur gélose. Cultures stériles après 48 heures de séjour à l'étuve.

3° Contenu séro-purulent pris dans les vésicules de miliaire, après nettoyage de la peau au savon et à l'alcool. Ensemencement sur gélose. Culture stérile.

Résumé : Les cultures du pus et du sang sont restées stériles.

A l'examen sur lamelle, il n'y avait que des gonocoques dans le pus de l'utérus.

Le 25, la malade paraît plus calme, elle est dans une légère prostration. T. m., 37°,4 ; P., 110 ; T. s., 38°,1 ; P., 124.

Le 26, les urines sont troubles, foncées. La malade jette des cris occasionnés par des douleurs siégeant un peu partout, dit-elle. Abattement complet durant le reste de la journée. Alimentation insuffisante et difficile; on arrive à peine à faire prendre un demi-litre de lait à la malade dans les 24 heures, 200 grammes de champagne, 10 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique et 250 grammes de sérum artificiel. Nuit très agitée. Pas de lochies. T. m., 38°,4 ; P., 104 ; T. s., 38°,5 ; P., 128.

Le 27, l'érythème pâlit, la desquamation commence. Dans la journée, la malade est relativement assez calme. 3 selles dans la nuit. Urines plus claires. T. m., 38°,1 ; P., 110 ; T. s., 39°,3 ; P., 128 ;

Le 28, légère amélioration. L'œdème des organes génitaux et des oreilles a sensiblement diminué. T. m., 38°,6 ; P., 107 ; T. s., 38°,4 ; P., 87.

Le 29, l'état de la malade est plus satisfaisant, l'alimentation augmente. La desquamation est surtout marquée à la partie supérieure du corps ; l'œdème de l'oreille droite et des organes génitaux externes est très accentué. T. m., 38°,6 ; P., 98 ; T. s., 38°,2, P., 82 ;

L'examen des urines, pratiqué par M. Frenkel, donne :

Volume, 400 centimètres cubes.

Densité, 1.023.

Couleur, vogel n° 3.

Réaction acide.

Chlorures, 10 grammes par litre.

Phosphates, 1 gr. 83 par litre.

Urée, 23 gr. 05 par litre.

Albumine, présence.

Glucose, néant.

Le 30, le mieux persiste. Etat général assez bon. Deux selles dans la nuit. Lavement salé. T. m., 37°,2; P., 88; T. s., 37°,1; P., 88.

Le 31, la malade dort et s'alimente. Lavement salé incomplètement toléré. T. m., 36°,8; P., 74; T. s., 36°,8., P., 76.

Le 1er *juin*, état général très satisfaisant, mieux sensible. T. m., 37°; P., 65; T. s., 36°,9; P., 73.

Le 2, même état. T. m., 36°,6; P., 74; T. s., 36°,8; P., 70.

Le 3, apparition d'une eschare lombo-sacrée ayant environ 5 à 6 centimètres de diamètre. L'eschare est superficielle, le fond en est irrégulier, de couleur rouge foncé et suintant très peu. Pansements à la poudre de Lucas-Championnière.

Le 4, température normale. Le mieux persiste. Apparition d'une seconde escharre dans la région cervicale gauche, plus petite que la précédente; même pansement.

A partir de ce moment, la malade est en pleine voie de guérison, les escharres se comblent peu à peu, et elle quitte le service le 21 juin, complètement rétablie.

On voit que la maladie dont cette femme a été atteinte pendant les suites de couches peut se diviser en deux périodes bien distinctes : 1° La première est marquée par des accidents nettement locaux, avec réaction générale très légère. La péri-métro-salpingite s'annonce par de légers frissons, de la céphalée, de la douleur au niveau des annexes gauches, et une petite ascension thermométrique (38°). Puis, en très peu de temps, la température redevient normale (dès le lendemain), le plastron abdominal se forme, les douleurs diminuent sensiblement. A ce moment, en pleine apyrexie par conséquent, apparaît un érythème scarlatiniforme qui, après avoir débuté autour des organes génitaux, envahit peu à peu tout le revêtement cutané, par poussées successives, avec des alternatives de rougeur plus intense, et de décoloration partielle. Au moment où cet érythème généralisé atteint son maximum, on observe de l'hypothermie, T., 36° et 35°,8.

A ce moment, la péri-métro-salpingite se traduit seulement par un empâtement limité peu douloureux.

2° Vers le 16, commence la période fébrile, pendant laquelle la température oscille entre 38° et 39°, et le pouls entre 110 et 128. Les lochies, qui jusqu'alors avaient été sanguinolentes, deviennent séreuses, puis séro-purulentes, enfin, vers le 22, nettement purulentes. Dans le pus recueilli à la partie supérieure du col, on trouve du gonocoque à l'état de culture pure. A la même époque, alors que l'infection péri-annexielle devient tout à fait silencieuse, débutent des phénomènes généraux graves, caractérisés par un abattement, une prostration extrême, par du délire léger par instants, très violent à d'autres, par des eschares sacrées, etc. Quoique la température fût peu élevée, en présence de la fréquence du pouls, qui pendant 3 jours n'est pas descendu au-dessous de 120, je portais un pronostic défavorable. L'événement me donna tort, puisque, en 2 jours, la défervescence se produisit avec une chute presque verticale du tracé des pulsations radiales, qui de 128 tombent à 80, puis à 62. La convalescence commençait.

Ce fait est à rapprocher de celui d'Hofmeier (infection grave avec péritonite ultérieure, gonocoque dans la sécrétion utérine), cité dans la thèse de Fruhinsholz. On peut lire dans le même travail une observation de Schœder (endométrite, péritonite purulente aiguë, myocardite), une de Burr (infection généralisée, délire, état typhoïde), toutes terminées par la mort. MM. Rendu et Hallé ont publié, en 1897, à *la Société médicale des hôpitaux*, un fait où l'infection gonococcique, à point de départ utérin, a gagné l'articulation du coude, puis l'endocarde, finalement a déterminé une endocardite végétante qui a entraîné la mort. Un fait de même genre vient d'être fourni par MM. Harris et Dabney (*in* thèse de Fruhinsholz).

De plus, M. Lartigue a publié (1) l'observation d'un jeune

(1) *The American Journal of the sciences*, janvier 1901.

homme chez lequel se développa, au cours d'une uréthrite blennorrhagique, une endocardite ulcéreuse gonococcique qui se termina par la mort. Les végétations valvulaires et le sang du cœur donnèrent des cultures pures de gonocoques.

Tout récemment, enfin, MM. Harris et Johnston (1) ont observé une endocardite blennorrhagique chez un sujet de 20 ans, atteint un an auparavant d'urétrite gonococcique qui avait guéri sans traitement. A la suite d'une nouvelle blennorrhagie, il fut pris de frissons, vertiges, troubles généraux intenses, et, à cinq reprises différentes, les cultures du sang révélèrent d'une façon indéniable la présence du gonocoque.

Toutes ces observations tendent à ébranler la notion, acceptée cependant par tout le monde, de la bénignité de l'infection blennorrhagique, et, en particulier, des accidents puerpéraux chez les blennorrhagiques. Je m'empresse de reconnaître qu'ils sont peu fréquents, puisque Nœggerath n'a jamais observé un cas mortel, et que sur 74 femmes blennorrhagiques vues par Krönig, aucune n'a succombé. Il est vrai que dans la pluralité des cas, le gonocoque a plutôt tendance à se localiser dans la sphère génitale et surtout dans les annexes. Les péri-métro-salpingites, les annexites d'origine gonococcique sont assez communes dans la puerpéralité ; et nous savons quelle en est la conséquence au point de vue de l'avenir génital de la femme. Mais si l'on veut établir le véritable pronostic de la gonococcie puerpérale, il serait imprudent d'oublier que le microbe de Neisser est aussi capable de généralisation et que l'infection qui en résulte a une prédilection particulière pour l'endocarde : cela résulte des observations de Rendu et Hallé, de Harris et Dabney, de Lartigue, de Harris et Johnston.

J'ai déjà parlé du traitement de la cervicite gravidique, aussi ne dirai-je que quelques mots du traitement de la blen-

(1) *Bullet. of the Johns Hopkin's Hosp.*, 1902, n° 139; analysé dans la *Gazette des hôpitaux*, 12 mars 1903, p. 300.

norragie dans les suites de couches. Les complications péri-annexielles ne présentent à ce point de vue aucune particularité. Le repos absolu au lit, la glace sur le ventre, la désinfection des organes génitaux constituent la base de la thérapeutique, comme dans les annexites de toute origine.

Quand le col est seul atteint, comme dans l'observation III, ce sera évidemment contre la lésion cervicale que portera l'effort thérapeutique. Je recommanderai seulement d'éviter constamment, au cours des pansements, de faire pénétrer un instrument dans la cavité utérine, qui ordinairement n'est pas envahie par le gonocoque. L'introduction d'un hystéromètre ou d'un porte-coton chargé de mucosités gonococciques, ne tarderait pas à amener de la gonococcie utérine, alors que d'elle-même la maladie reste le plus souvent cantonnée dans la portion cervicale de l'utérus.

Quelquefois cependant, malgré toutes les précautions, se déclare une endométrite gonococcique, que l'on reconnaît à ce que les lochies, d'abord sanguinolentes, deviennent nettement purulentes et se caractérisent par leur abondance et leur manque de fétidité. Dans ce cas se pose la question de l'intervention chirurgicale intra-utérine. Dans les autres infections (streptococciques, saprophytiques, putrides), le curettage doit être essayé dès que l'on s'aperçoit que, malgré une ou deux injections intra-utérines, l'état local reste le même et que l'écoulement demeure purulent. En est-il de même dans l'endométrite blennorrhagique ? En 1896, Chaleix-Vivie et moi (1) nous avons signalé, après Auvard, les dangers du curettage dans les suites de couches gonococciques. A propos d'une observation où le nettoyage de l'utérus par la curette avait été suivie de phénomènes septiques divers, nous disions : « Le curettage a été imposé par la violence de l'hémorragie, et nous l'avons fait à regret, sachant quel coup de fouet cette intervention imprime d'habitude aux invasions microbiennes chez les malades en état d'évolution blennorrhagique. »

(1) *Traitement de l'avortement incomplet*, p. 96.

Ce fait est de connaissance banale aujourd'hui et peut expliquer un certain nombre d'insuccès de curettage *post partum* et *post abortum*.

Le traumatisme portant sur le col, fortement saisi et abaissé, le raclage énergique de la caduque provoquent une dissémination, une généralisation du gonocoque qui, pénétrant par les vaisseaux de l'utérus, va bientôt infecter la trompe et le péritoine péri-annexiel. Aussi doit-on suivre le conseil de Krönig, de Fruhinsholz, de Thorn (1), et s'abstenir de tout curettage utérin dans les périodes aiguës, j'ajouterai même, souvent dans les stades de chronicité.

Disons en terminant que, pour éviter les complications annexielles, le repos au lit devra être exigé longtemps après la disparition de tout phénomène inflammatoire.

---

(1) Cité par Lambinon in *Journal d'accouchements de Liège*, 23 novembre 1902.

KYSTE DU LIGAMENT LARGE A PÉDICULE TORDU ET GROSSESSE

OPÉRATION A 2 MOIS. GUÉRISON. — ACCOUCHEMENT A TERME

Par **Henri Hartmann.**

Le 20 septembre 1902 j'étais appelé par mon collègue et ami Lepage auprès d'une jeune fille de 23 ans et demi, qui présentait au début d'une grossesse des phénomènes abdominaux graves.

Réglée à 13 ans et demie, elle le fut la première année assez irrégulièrement ; tous les 3 ou 4 mois elle avait une petite perte qui durait une dizaine de jours. Les années qui suivirent, les règles vinrent à intervalles assez réguliers, de 27 à 28 jours, pour paraître depuis 2 ans à des intervalles fixes de 26 jours.

Elles durent 6 à 7 jours et s'accompagnent les deux premiers jours d'une grande lassitude, quelquefois de légers maux de reins. Une fois par an environ les douleurs sont violentes, siègent dans la région rénale droite, se calment au bout d'une heure ou deux par le repos et des applications chaudes.

Mariée le 2 juin 1902, cette malade a eu ses règles normalement, elles sont revenues le 1er juillet, puis n'ont plus reparu. Depuis cette époque, il existe de légères douleurs dans le ventre pendant les courses en voiture. Deux fois, à la suite d'un bain froid, il y eut des malaises et une sensation de fatigue notable.

En fin juillet, à l'époque où les règles auraient dû venir, il y a eu, pendant 3 ou 4 jours, une sensation très vive de pesanteur et des tiraillements dans le ventre.

Le 4 août, un voyage en chemin de fer de Chartres à Vichy fut très bien toléré.

Le 10 août, sans cause connue, survint une crise de douleurs violentes dans l'abdomen, siégeant surtout au-dessus du pli inguinal droit, accompagnées de nausées et de crampes dans le membre

correspondant. Ces douleurs s'accompagnèrent de troubles intestinaux (alternatives de constipation et de diarrhée).

Le 17 août, les accidents étant calmés, la malade se fait transporter à Paris. Elle s'arrête à Nevers pendant 24 heures, où elle a une crise de diarrhée très violente.

Le 18, elle reprend le train et, en chemin de fer, éprouve de nouveau des douleurs très violentes, presque syncopales, au point qu'au sortir du train on la transporte dans une pharmacie.

Nous la voyons le 19 ; les douleurs se sont calmées.

Le ventre est un peu saillant au-dessus du pubis. On sent à ce niveau une masse arrondie, rénitente, semblant assez bien limitée, un peu sensible à la pression. Le col utérin est mou, entr'ouvert, admet la pulpe du doigt. En arrière de lui, on sent des parties inégales sans rien de précis. Il est impossible de dissocier le corps utérin de la masse de la tumeur.

Il n'y a pas de colostrum dans les seins, qui cependant sont, au dire de la malade, plus durs qu'autrefois et dont l'aréole est plus pigmentée qu'elle n'était.

Le 21 août 1902, la malade étant anesthésiée par M. le docteur Bourbon, je pratique avec l'aide de mes internes, Lecène et Leroy, la cœliotomie.

Le ventre ouvert, je tombe sur une tumeur arrondie, grisâtre, tendue, rénitente, recouverte d'un feuillet séreux. Une ponction, faite avec le trocart Potain, évacue 950 centimètres cubes d'un liquide clair, légèrement jaunâtre. Attirant à travers l'incision la poche vidée, je constate que, située en avant de l'utérus rétroversé, elle s'insère sur la corne droite de celui-ci par un pédicule du volume d'un crayon, tordu de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous le détordons et constatons, au niveau de la torsion peu serrée, une marque ecchymotique indiquant le point de striction et s'étendant jusqu'au contact même de la corne utérine, ce qui oblige à placer le catgut liant la terminaison de l'utérine sur le tissu utérin lui-même. Un deuxième catgut est placé sur l'utéro-ovarienne, en dedans du détroit supérieur. Ablation de la tumeur. Surjet au catgut fin reconstituant un ligament large.

Le corps utérin est augmenté et mou.

La paroi abdominale est suturée à 3 étages (2 au catgut, 1 avec des crins).

Pendant les premières 24 heures, on donne 1 centigramme et demi de morphine en injections sous-cutanées ; le deuxième jour, 1 centigramme. La guérison se fait sans incident. La grossesse continue et se termine le 8 avril dernier par un accouchement à terme que pratique notre collègue Lepage. L'enfant ne présente rien de particulier.

EXAMEN DE LA PIÈCE : 1° *A l'œil nu.* — L'ovaire un peu volumineux, mou, étalé, a un méso court non déplissé. En avant de ce méso, dans l'aileron moyen du ligament large se trouve le kyste, qui arrive au contact de la trompe, allongée, étirée, et l'encerclant.

La surface de la tumeur est lisse, sans adhérences ; toute la partie qui avoisine le pédicule est ecchymotique. Sur le kyste lui-même, on trouve, par places, spécialement le long des vaisseaux, des plaques ecchymotiques. La trompe ouverte est accolée au kyste, mais en est partout indépendante.

La face interne du kyste, uniloculaire, est sans végétations, grise, lisse, un peu plissée par suite de la rétraction des parois. On y remarque de grandes plaques à contours circinés, un peu saillantes, rouges, sans rapport avec les plaques ecchymotiques notées sur la face externe.

2° *Au microscope.* — Sur des coupes perpendiculaires à la paroi du kyste, on voit qu'elle est formée par une couche de tissu fibreux dense, vasculaire, traversée de vaisseaux très dilatés, parfois même rompus, si bien qu'il y a par places des foyers d'hémorragie interstitielle, dissociant les faisceaux des fibres conjonctives ; la face interne du kyste, assez régulière, est presque partout dépourvue d'épithélium, formée simplement de tissu conjonctif disposé en bandes parallèles, et d'aspect hyalin, sans vaisseaux. Cependant, en certains points, correspondant à des plissements de cette face interne du kyste, on peut voir quelques cellules épithéliales cylindriques, disposées sur une seule rangée ; leur noyau est bien coloré, situé à la base de la cellule ; celles-ci ne présentent pas de cils vibratiles, nulle part on ne voit de végétations, ni de dépressions profondes sur la face interne de ce kyste. D'après cette structure microscopique, on voit qu'il s'agit *d'un kyste du ligament large à revêtement épithélial cylindrique* sans végétations, présentant dans sa paroi des dilatations vasculaires considérables et des foyers d'hémorragie interstitielle.

Analyse du liquide. — L'analyse du liquide a été faite par M. Dartiguenave, interne en pharmacie.

Couleur : légèrement opalin.

Viscosité : non filant.

Densité : 1.008 à 20°.

Réaction : alcalin.

Volume : 900 centimètres cubes.

Odeur : inodore.

Glucose : néant.

Fibrine : néant.

Chlorures : 10 gr. 50 (NaCl) par litre.

Urée : 1 gr. 261 par litre.

Phosphates : 0 gr. 10 par litre.

Albumine pure : 1 gr. 60 par litre.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE M. LE PROFESSEUR QUEIREL
(Marseille).

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

OPÉRATION AU 5e MOIS
GUERISON. — ACCOUCHEMENT A TERME

Par MM. le docteur **Platon**, chef de clinique obstétricale,
et **Troin**, assistant de gynécologie.

La nommée G..., Louise, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital le 3 novembre 1901, dans le service du professeur Queirel. Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, elle n'accuse aucun passé pathologique. Première grossesse en février 1899.

Le 14 mars 1901, elle s'aperçut que ses règles, moins abondantes qu'à l'ordinaire, cessaient le deuxième jour, au lieu de se prolonger durant 4 jours, comme c'était la coutume. Dans la nuit qui suivit cet arrêt de la menstruation, elle éprouva de très violentes douleurs abdominales qui ne cédèrent qu'à l'emploi du laudanum, et qui se continuèrent, atténuées cependant, jusqu'au 15 avril.

A cette date, les règles reparurent, peu abondantes, comme à l'époque de la première crise. Elles se montrent de nouveau le 13 juin; mais font défaut au mois de juillet, pour ne plus reparaître.

Le 15 août, nouvelle crise douloureuse avec nausées persistantes. Au début d'octobre, crise qui se reproduit le 20 du même mois.

A noter que la disparition des dernières règles (13 juillet) avait été précédée d'un rapprochement sexuel datant du 20 juin environ. A son entrée à l'hôpital, le ventre est peu développé. Au palper, on perçoit une masse dont les limites semblent s'arrêter à 4 travers de doigt au-dessus du pubis ; latéralement elle paraît occuper tout le bassin, mais il est difficile d'en préciser les contours. A la partie médiane, on perçoit une encoche formant comme une division à cette *tumeur*. Au toucher, le col allongé, mou, présente les caractères d'un col d'utérus gravide. La matrice, augmentée de

volume, est logée à gauche de la ligne médiane et paraît indépendante de la masse latérale droite.

Les commémoratifs, l'évolution de la maladie nous firent penser tout de suite à une grossesse ectopique avec indication opératoire immédiate. Le professeur Queirel examina cette femme le 8 novembre et porta le diagnostic de « grossesse avec kyste de l'ovaire ». Il proposa une laparotomie. Elle fut refusée par la femme, qui quitta l'hôpital.

Elle revint le 20 novembre réclamer l'intervention chirurgicale refusée 15 jours plus tôt. A ce moment, le diagnostic était plus facile à porter. L'inspection du ventre montre une double tumeur nettement divisée par une dépression ombilico-pubienne : à gauche, elle dépasse l'ombilic, et ses contours sont très nets ; à droite, elle s'étend moins haut, elle est très arrondie et lisse, mobile et fluctuante. Ajoutons enfin que l'auscultation permet de percevoir du côté gauche des battements fœtaux.

Le 1er décembre, la laparotomie est pratiquée par le professeur Queirel avec nos aides habituels. L'utérus, vite découvert à gauche, est protégé par des compresses chaudes, et à droite apparaît un kyste de l'ovaire qui fait saillie dans l'incision abdominale. Le pédicule court et large est soigneusement ligaturé.

Suture de la paroi abdominale. Pansement.

Durée de l'opération, 30 minutes.

La tumeur kystique, d'une seule poche, contient 500 centimètres cubes de liquide clair.

Immédiatement après l'opération, injection à l'opérée de 1 centimètre cube de solution de morphine à 1/10 selon la pratique et les recommandations du professeur Pinard. Les injections sont continuées tous les jours, matin et soir, pendant quatre jours.

3 *décembre*. — Quelques vomissements, qui disparaissent sous l'influence d'une potion chloralée et bromurée.

13 *décembre*. — Ablation des fils, suture *per primam*.

28 *décembre*. — La malade quitte la clinique dans un état parfait de santé. Elle n'a pas eu, durant son séjour à l'hôpital, une élévation de température d'un dixième de degré, les suites opératoires ayant été absolument apyrétiques.

La grossesse a continué sans incident.

Cette femme est accouchée à terme d'un enfant vivant. En janvier 1903, mère et enfant étaient en parfait état de santé.

DYSTOCIE PAR KYSTE DE L'OVAIRE INCLUS DANS LE PETIT BASSIN

ABLATION DU KYSTE PAR LAPAROTOMIE
EXTRACTION DE L'ENFANT PAR LES VOIES NATURELLES
GUÉRISON

Par **Urbain Guinard** et **Henri Chauve** (de Saint-Etienne).

Le 1er décembre 1902, à 2 heures du matin, nous voyons ensemble Mme C..., âgée de 24 ans, entrée en travail dans la soirée du 29 novembre.

Femme grande, bien constituée, ayant marché en temps normal, réglée à 17 ans et régulièrement depuis.

Primipare. Dernières règles vers le 15 février. La grossesse a été bien supportée ; la malade a vaqué à ses occupations jusqu'au début du travail. Il n'y a pas eu d'examen obstétrical pendant la grossesse ; il a simplement été constaté à diverses reprises que l'urine ne contenait pas d'albumine.

Comme antécédents pathologiques : signes nets de tuberculose pulmonaire au début, constatés il y a 2 ans, actuellement disparus depuis quelques mois.

Le travail a débuté dans la soirée du 29 novembre ; la malade a ressenti quelques douleurs vers 6 heures du soir, a cessé ses occupations ; presque aussitôt après le début des douleurs, rupture de la poche des eaux. Depuis ce moment, les douleurs ont été peu vives et très espacées.

A l'inspection de l'abdomen, l'ovoïde utérin présente son grand axe oblique en bas et à droite ; sa grosse extrémité occupe l'hypocondre gauche ; la petite empiète sur la fosse iliaque droite.

Palpation : siège fœtal au niveau de l'hypocondre gauche ; dos à droite et légèrement tourné en avant ; la tête repose par le sommet sur le rebord droit du détroit supérieur ; il est impossible de la ramener au-dessus de l'aire du détroit.

Exploration vaginale : à peine introduits dans le vagin, les doigts sentent sa paroi postérieure soulevée par une tumeur de consistance élastique, uniformément rénitente, dont les parois tendues

ne laissent percevoir qu'une vague fluctuation. Cette tumeur s'étend en hauteur aussi haut que les doigts peuvent atteindre ; elle s'élargit de bas en haut, de telle sorte que, vers les parties moyenne et supérieure du vagin, elle occupe les régions postérieure et latérale gauche du pelvis. La cavité vaginale est allongée et déviée à droite, en haut et en avant ; en la suivant, on trouve, avec peine, à bout de doigts, le col utérin coïncé entre la partie antérieure de la ligne innominée droite et la face droite de la tumeur. Le col n'est pas effacé ; les lèvres sont ramollies et souples sur toute leur hauteur.

Par le toucher rectal, on sent la tumeur uniformément rénitente, sans bosselures, ni dépressions,déprimant la paroi antérieure du rectum, saillant largement dans l'ampoule. La tumeur est sentie aussi haut que peut remonter le doigt ; elle comble la concavité du sacrum.

Nous n'avons pas cherché la réductibilité ; nous n'avons pû apprécier de différence de tension, la malade n'ayant pas de contractions utérines au moment de l'examen.

Avec ces données, le diagnostic s'imposait complet. Nous nous trouvions en présence d'une tumeur kystique, probablement uniloculaire, occupant le Douglas et la moitié gauche du pelvis, envoyant un prolongement au-dessus du détroit supérieur dans la partie postérieure gauche du grand bassin, adhérente aux organes du petit bassin et, sans doute, au ligament large gauche. L'existence d'un diverticule extra-pelvien était démontrée par le déplacement en masse à droite et en avant du pôle inférieur de l'ovoïde utérin et par l'impossibilité de ramener ce pôle au-dessus du détroit supérieur. La non-réduction spontanée du kyste, malgré la présence de ce diverticule, sous la poussée utérine, son siège à prédominance latérale, prouvaient l'existence d'adhérences au ligament large gauche. Il ne pouvait être question d'adhérences inflammatoires, la malade n'ayant souffert de l'abdomen ni pendant sa grossesse, ni auparavant.

Trois procédés s'offraient à nous pour terminer l'accouchement : le refoulement, la ponction vaginale, la laparotomie.

L'adhérence du kyste à quelque organe du petit bassin nous paraissant certaine, nous crûmes devoir ne pas même faire la moindre tentative de refoulement.

D'ailleurs, la laparotomie nous apparut d'emblée comme l'intervention de choix. La notion de l'existence d'un diverticule abdo-

minal nous donnait la certitude de trouver un point de la tumeur facilement accessible à la ponction évacuatrice ; d'autre part, nous pouvions espérer une réduction facile par ponction, le kyste paraissant uniloculaire et à contenu liquide.

Nous nous arrêtâmes au plan opératoire suivant : pratiquer la laparotomie, extirper le kyste ; procéder à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, immédiatement après désobstruction du bassin, si le col était dilaté ou dilatable ; dans le cas contraire, refermer l'abdomen, laisser évoluer le travail jusqu'à dilatation complète et terminer l'accouchement par une application de forceps.

Entre autres avantages, cette manière de procéder présentait celui de séparer complètement les manœuvres abdominales des manipulations obstétricales, point essentiel, la poche des eaux étant rompue depuis plus de 24 heures et dans des conditions d'asepsie douteuses. Quant à la ponction vaginale, nous la tenions en réserve pour le cas où il serait devenu urgent de terminer l'accouchement, soit dans l'intérêt de la mère, soit dans celui de l'enfant, sous la condition de pratiquer la laparotomie immédiatement après l'évacuation de l'utérus.

Bien que nous ayons conseillé d'agir sans délai, la malade est transportée à la maison de santé à une heure tardive de la matinée.

D'ailleurs, les douleurs sont toujours faibles, peu nombreuses, avec pauses prolongées. Temp. rect., 37°,2. Pouls, 60. Bruits du cœur fœtal, normaux. Dans ces conditions, tout en nous tenant prêts à agir et en surveillant exactement la malade, nous pensons pouvoir attendre le lendemain matin pour être dans les meilleures conditions opératoires possibles.

La journée se passe dans les mêmes conditions. Le soir, temp. rect., 37°,3. Pouls, 60. Bruits du cœur fœtal, normaux.

A partir de 10 heures du soir, les douleurs deviennent plus vives, plus rapprochées, avec pauses de 2 à 3 heures. Les bruits du cœur fœtal restent normaux pendant toute la nuit ; pas de méconium dans le liquide amniotique, qui s'échappe en très faible quantité.

2 *décembre*. — Matin, temp. rect , 37°,8. Pouls, 76. Immédiatement avant l'anesthésie, les bruits du cœur fœtal sont un peu rapides, mais forts et réguliers.

OPÉRATION (Éthérisation par le docteur Giroud). — Le docteur

Thiollier aide pour la laparotomie. L'un de nous pratiquera uniquement les manœuvres intra-abdominales; l'autre se charge exclusivement des manœuvres vaginales et obstétricales.

Au moment où la malade anesthésiée est introduite dans la salle d'opération, un flot abondant de liquide amniotique fortement teinté de méconium s'échappe de la vulve.

Le toucher vaginal montre que le col utérin, toujours coïncé entre la tumeur et le rebord du détroit supérieur, s'est déplacé en avant ; il se trouve en arrière du pubis, presque sur la ligne médiane.

Incision sur la ligne blanche, du rebord supérieur du pubis jusqu'au-dessus du fond de l'utérus, c'est-à dire à 5 ou 6 centimètres de l'appendice xyphoïde. L'utérus a subi une rotation sur son grand axe ; sa face antérieure regarde en avant et à droite. Une anse iliopelvienne se présente sur la ligne médiane à la partie inférieure de la plaie.

Le fond de l'utérus est attiré en avant et basculé hors de l'abdomen. Derrière le petit pôle utérin, en bas et à gauche, occupant le sinus sacro-iliaque gauche, saillit au-dessus du détroit supérieur une tumeur bleuâtre, rénitente, du volume et de la forme d'une orange ; au-dessus de la tumeur traîne la trompe gauche absolument saine.

La ponction aspiratrice de la tumeur donne 1 litre de liquide muqueux, filant, absolument limpide. A mesure que le kyste se vide, on sent, par le toucher vaginal, le pôle inférieur de l'utérus descendre dans le pelvis et s'engager. Le kyste évacué est attiré avec facilité hors du petit bassin, du moins pour sa plus grande partie. Il a évidemment pour origine l'ovaire gauche, dont on ne retrouve pas trace ; mais il s'est développé par sa partie inférieure entre les deux feuillets du ligament large gauche, de telle sorte que, même après extraction aussi complète que possible de la paroi kystique hors du pelvis, cette partie inférieure dédoublant le ligament large plonge encore de 6 à 7 centimètres dans l'excavation pelvienne. Ablation de la paroi kystique et de la trompe ; résection de la partie correspondante du ligament large et restauration de ce ligament par surjets.

Avant de pratiquer les sutures de la paroi abdominale, l'état de l'enfant nous inquiétant, le col se montrant dilatable, nous procédons immédiatement à l'extraction et à la délivrance, dont nous pouvons suivre et favoriser les manœuvres par l'abdomen.

Sommet en droite postérieure; extraction sans incident par une application de forceps. L'enfant est en état de mort apparente.

Pendant que nous procédons à la toilette de la cavité abdominale, la délivrance se fait normalement, sans hémorragie. Sutures de la paroi abdominale, à trois plans au-dessous de l'ombilic, à deux plans au-dessus. Deux points de suture sur le périnée.

L'enfant, garçon bien constitué, et extrait sans aucune lésion, n'a pu être définitivement ranimé.

Suites opératoires. — Normales; alimentation solide le 4e jour; ablation des fils du périnée le 7e jour, des fils de la paroi abdominale le 8e; lever le 21e jour, avec une ceinture abdominale. Le 25e jour, en dépit de toute recommandation, l'opérée fait ses commissions en ville.

Nous avons revu notre opérée le 20 janvier, c'est-à-dire cinquante jours après l'opération.

État général très bon. Aucune fatigue, malgré un repos des plus relatifs. L'utérus est encore un peu volumineux, mais se trouve en bonne position, sur la ligne médiane.

Dans ce cas, grâce à un diagnostic complet, nous avons pu nous tracer un plan opératoire précis et le suivre de point en point (1).

Nous avons dit pour quelles raisons nous avons renoncé d'emblée à toute tentative de refoulement. On a vu également que nous avons fait bon marché de la ponction vaginale. Sans doute, Couvelaire (2) a récemment présenté une observation de guérison définitive d'un kyste de l'ovaire ponctionné avec succès par la voie vaginale pendant le travail: ce fait ne prouve pas que la ponction doive être considérée comme le traitement de choix dans la généralité des cas. Même dans les cas où elle est immédiatement efficace contre la dystocie, c'est-à-dire dans les kystes uniloculaires à contenu liquide, elle est trop souvent la source d'accidents infectieux, et c'est

(1) ORBAUT (*Journal d'obstétrique et de gynécologie*, mai 1899) a proposé un plan opératoire analogue à celui que nous avons mis à exécution.

(2) COUVELAIRE, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, séance du 21 juillet 1902.

à titre de curiosité que l'on publie les faits où elle a procuré une guérison définitive.

L'incision du kyste par la voie vaginale, avec ou sans marsupialisation de la poche, crée des conditions nettement défavorables à l'asepsie des suites de couches et nécessite des soins prolongés.

Ponction et incision par la voie vaginale représentent, à notre avis, des interventions d'extrême urgence, quand la vie de la mère ou de l'enfant est immédiatement menacée ; le meilleur moyen d'atténuer leurs dangers ou leurs inconvénients est de pratiquer la laparotomie, immédiatement après l'évacuation de l'utérus. Nous les retiendrons encore comme moyens adjuvants, au cours de la laparotomie, pour réduire un kyste inaccessible par l'abdomen.

La laparotomie, au contraire, nous apparaît comme la méthode générale de traitement des kystes intrapelviens pendant le travail. Est-ce à dire que tous les cas se présentent dans des conditions opératoires aussi favorables que le nôtre et appellent d'emblée l'intervention par la voie abdominale ? Évidemment non. Il faut compter avec les kystes inaccessibles par l'abdomen, avec les kystes multiloculaires et dermoïdes insuffisamment réductibles par la ponction, avec les kystes adhérents aux organes du petit bassin par suite de poussées inflammatoires antérieures. Or, même dans ces cas, c'est encore à la laparotomie que nous aurions volontiers recours, comme premier temps opératoire, soit pour attirer hors du pelvis et extirper un kyste inaccessible que nous ferions réduire par la ponction vaginale, soit dans les cas où toute ponction abdominale ou vaginale serait reconnue impossible ou inefficace pour pratiquer la césarienne, suivie ou non de l'amputation utérine, et traiter ensuite la tumeur.

En ce qui concerne le moment de l'intervention, notre réponse ne saurait faire de doute. C'est à une temporisation intempestive qu'il faut, dans notre cas, attribuer la mort d'un enfant bien constitué et extrait sans lésion ; l'intervention pratiquée une heure plus tôt, peut-être moins, nous eût donné

un succès complet. Nous rappelons que la surveillance avait cependant été exacte, que les bruits du cœur avaient toujours été bons, que le liquide amniotique n'avait à aucun moment présenté de traces de méconium. C'est pourquoi nous pensons que du moment qu'il est démontré qu'un kyste intrapelvien, non susceptible d'ascension dans la cavité abdominale, empêche toute expulsion spontanée, il n'y a rien à attendre; il faut opérer dans le plus bref délai; temporiser, c'est exposer la mère à la fatigue, à l'infection, à la rupture utérine et l'enfant à la mort. Le degré de la dilatation est chose négligeable en l'occurrence; nous voudrions voir opérer d'emblée, dès le début du travail, dans d'aussi bonnes conditions qu'on aurait pu le faire dans les derniers jours de la grossesse. C'est dans ces cas qu'il faut attendre de la laparotomie ses plus brillants succès pour la mère et l'enfant; c'est dans ces conditions de précocité et d'asepsie que l'on épargnera à la mère d'irréparables mutilations.

PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE

« Le facteur commun qui abrège la durée de la vie intra-utérine, alors que la mère est exempte de toute maladie et que l'enfant, issu de graine saine, se développe d'une façon normale, c'est le *surmenage*. »

« Le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée pendant les 2 à 3 derniers mois de sa grossesse est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement. »

Telle est la loi formulée par le professeur Pinard, loi sur laquelle devra reposer la réglementation efficace de la protection légale de la femme enceinte.

Cette loi, dont M. Pinard et ses élèves, F.-C. Bachimont, L. Letourneur, A. Bachimont, ont à maintes reprises apporté la démonstration par la production de nombreux documents statistiques (1), a été vérifiée par différents auteurs tant en France qu'à l'étranger.

En France, nous signalerons la thèse de Mme Livcha Sarraute-Lourié, faite sous la direction du docteur Bonnaire (1899).

A l'étranger viennent de paraître deux mémoires sur cette question, mémoires qui s'appuient sur des recherches poursuivies dans les services du professeur Schauta à Vienne, du professeur Léopold, à Dresde, et du professeur Resinelli, à Ferrare. Ils viennent apporter une nouvelle confirmation à la loi de Pinard.

Mme la doctoresse de Bernson (2) a, dans les services de Schauta et de Léopold, étudié 412 cas qu'elle a classés en différents tableaux fort suggestifs, suivant la parité et suivant la

(1) Voir Rapport sur la puériculture dans ses périodes initiales, par A. Pinard. *Annales de gyn. et d'obst.*, février 1903.

(2) *Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches*. Thèse de Lille, 1899.

profession de la femme enceinte. Nous nous bornerons à donner ici les tableaux récapitulatifs.

TABLEAU COMPARATIF DE L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTS MÉTIERS DES FEMMES ENCEINTES SUR LE POIDS MOYEN DE LEURS ENFANTS

MÉTIERS FACILES	POIDS MOYEN	MÉTIERS FATIGANTS	POIDS MOYEN	DIFFÉRENCES
	grammes		grammes	gr.
Primipares ayant travaillé jusqu'à l'accouchement.				
Servantes	3.213	Servantes	2.693	520
Différents métiers (*assises*)	3.303,1	Couturières, lingères, corsetières	2.759	547,1
		Différents métiers (*debout*)	2.851,3	451,8
Ménagères	3.094,4	Filles de ferme	2.811	283,4
Multipares ayant travaillé jusqu'à l'accouchement.				
Servantes	3.310	Servantes	2.960	344
Différents métiers (*assises*)	3.397,3	Couturières, lingères, corsetières	3.09	378,3
		Différents métiers (*debout*)	2.943,4	453,9
Ménagères	3.557,1	Filles de ferme	2.815	742,1

L'influence des métiers faciles ou fatigants, de la position assise ou debout de la femme enceinte est incontestable, et les différences dans les poids moyens de leurs enfants est frappante.

Le tableau ci-dessus démontre l'influence que le travail à la machine à coudre peut exercer sur le poids de l'enfant.

Quant aux filles de ferme, comme les observations nous le prouvent, ce sont, pour la plupart, de fortes femmes, toutes prédisposées à donner la vie aux enfants robustes ; par le fait de leur travail excessif, pénible, elles mettent au monde des enfants d'un poids au-dessous de la normale. Nous leur avons opposé des ménagères, femmes moins fortes, mais vivant dans des conditions plus normales pour la femme enceinte, et la différence dans es poids moyens de leurs enfants est considérable.

TABLEAU COMPARATIF DE L'INFLUENCE DU REPOS DE LA FEMME DANS LES DERNIERS MOIS DE SA GROSSESSE SUR LE POIDS DE L'ENFANT

PRIMIPARES			
SANS REPOS		AVEC REPOS	
Métiers	Poids moyen	Poids moyen	Différence
	grammes	grammes	grammes
Servantes (travail facile)......	3.213	3.520,5	307,5
Servantes (travail fatigant)....	2.693	3.030	337
Filles de ferme...............	2.811	3.246	435
Couturières, lingères, corsetières	2.757	3.148	391
Différents métiers faciles (assises)......................	3.303,1	3.313,67	10,66
Différents métiers fatigants (debout)......................	2.851,3	3.084,2	432,9

MULTIPARES			
SANS REPOS		AVEC REPOS	
Métiers	Poids moyen	Poids moyen	Différence
	grammes	grammes	grammes
Servantes (travail facile)......	3.310	3.470	160
Servantes (travail fatigant)....	2.966.8	3.371,4	404,6
Filles de ferme...............	2.815	3.502,3	687.5
Couturières, lingères, corsetières	3.019	3.383,3	369,3
Différents métiers fatigants (debout)......................	2.943,4	3.431	487,6

L'influence du repos de la mère dans les derniers mois de la grossesse sur le poids de l'enfant est nettement démontrée par les deux tableaux ci-dessus. Et, chose à remarquer, plus le métier est fatigant, plus cette différence est grande (filles de ferme, métiers qui exigent un travail en position debout, servantes de services fatigants, travail à la machine).

D'autre part, le docteur Vaccari (1), élève du professeur G. Resinelli, de Ferrare, vient de publier le résultat de ses recherches portant sur 2.054 femmes. Il résume d'abord l'état de la question en Italie.

La voix de Pinard, qui trouva tant d'écho en France, ne fut pas moins écoutée en Italie, et, en 1897, au quatrième Congrès de la Société d'obstétrique et de gynécologie italienne, le professeur Tullio Rossi Doria, continuant les précédentes études sur l'hygiène de la grossesse et de l'accouchement, appelait l'attention sur cet important problème, en proposant une institution pour l'assistance des mères pauvres pendant la grossesse et l'accouchement.

Plus tard, le professeur Bordé étudia la question avec des chiffres relevés à la Maternité de Bologne sur 1.600 femmes, dont 800 étaient entrées à l'hôpital en travail d'enfantement et y demeurèrent moins de 10 jours, et 800 y étaient entrées en se reposant 26 jours avant l'accouchement. Des premières naquirent des enfants d'un poids moyen de 2.855 grammes. Des autres naquirent des enfants d'un poids moyen de 3.275 grammes ; ceux des mères qui restèrent au moins 2 mois à l'hôpital eurent un poids moyen de 79 grammes en plus.

Dans la clinique d'obstétrique de Turin, la doctoresse Maria Martinetti fit des études analogues sur 1.700 femmes enceintes de cette clinique, en tenant compte non seulement du nombre des jours de repos, mais encore du poids des femmes. Le poids moyen des enfants des femmes qui avaient travaillé jusqu'à la fin fut de 2.857 grammes; celui des enfants des femmes qui se reposèrent 10 jours fut de 2.919 grammes ; des femmes qui se reposèrent 20 jours, 3.095 grammes ; 30 jours, 3.103 grammes, et 40 jours, 3.269 grammes.

A la dernière réunion de la Société d'obstétrique gynécologique italienne, on approuva, sur l'initiative du professeur Rossi Doria, un ordre du jour renouvelant le vote sur la protection des femmes travaillant durant les quatre dernières semaines de la grossesse et dans les quatre premières de l'accouchement.

Les différentes ressources financières, la diversité des indus-

---

(1) *Sullo Sviluppo del feto in rapporto alla professione della madre*. Ferrare, 1902.

tries, la variété des coutumes et surtout la différence de climat dans les différentes régions de l'Italie rendent plus nécessaire une ample moisson d'observations.

Vaccari expose ensuite ses recherches personnelles. En voici le résumé :

De 1892 à 1901, les hospitalisées de la Maternité de Ferrare furent au nombre de 2.815, sur lesquelles 2.703 y accouchèrent.

Mais, dans cette étude, je dois éliminer celles qui furent hospitalisées à cause de maladies qui purent influer sur la durée de la grossesse ou le développement du fœtus, ou celles affectées de bassin vicié ou de néphrite, tuberculose, maladie cardiaque, éclampsie, syphilis, dont les fœtus moururent, ou celles présentant des maladies compliquant la grossesse. Les observations se réduisent ainsi à 2.404, dans lesquelles on distingue deux catégories. A la première appartiennent les femmes enceintes qui restèrent 14 jours au moins à la Maternité : elles sont au nombre de 350. Les 2.054 autres appartiennent à la deuxième catégorie, et entrent, pour la plupart, pendant le travail de l'accouchement.

Les 350 femmes qui séjournèrent à la Maternité durant deux semaines, avant l'accouchement, eurent des enfants d'un poids moyen de 3.219 grammes ; de ces 350 femmes, 184 étaient primipares et 166 multipares.

Des autres 2.054 naquirent des enfants dont le poids moyen fut de 3.040 grammes ; 529 femmes étaient primipares et 1.525 pluripares. Il ressort de ces chiffres que la proportion des primipares avec les multipares est, dans la première catégorie, de 55,4 p. 100 et dans la seconde de 25,7 p. 100.

Malgré cela, nous voyons que les enfants nés des femmes qui se reposèrent plus de deux semaines présentèrent un poids moyen général de 179 grammes supérieur à celui des enfants nés de femmes qui n'eurent pas de repos, et ceci est d'autant plus important que le poids moyen des enfants nés des pluripares est — à part certaines conditions — supérieur à celui des enfants nés de primipares. La différence de 179 grammes acquiert une valeur plus importante, car il faut tenir compte de l'influence que la primiparité exerce sur le développement des fœtus.

Les 2.054 femmes qui furent recueillies à la Maternité au

moment de leur accouchement, ou qui y accouchèrent quelques jours après, peuvent être classées de la façon suivante :

Fermières ou ménagères	861
Ouvrières paysannes	264
Domestiques	422
Ouvrières en chambre	298
Ouvrières de fabriques	209
	2.054

Le poids moyen des enfants de ces divers groupes est résumé dans le tableau suivant :

Pour les *ménagères*	3.100	grammes.
— ouvrières *paysannes*	3.093	—
— *domestiques*	3.040	—
— ouvrières *en chambre*	3.039	—
— — *de fabriques*	2.929	—

Ce sont les ouvrières des fabriques qui ont donné le jour à des enfants avec un poids moyen inférieur à toutes les autres : inférieur de 290 grammes au poids moyen des enfants des accouchées qui restèrent au moins deux semaines à la Maternité; inférieur de 171 grammes au poids moyen des enfants des ménagères qui furent accueillies à la Maternité dans les mêmes conditions. Ceci démontre que le travail méthodique et obligatoire des établissements industriels constitue une aggravation des facteurs qui déterminent la provocation prématurée du travail ou influencent le développement du fœtus.

A. Couvelaire.

l'extraire de la cavité abdominale, déchire le péritoine, et une ligature de soie très fine coupe l'ovarienne droite.

Néanmoins, la quantité totale de sang perdu est évaluée au maximum à 100 grammes. Rien de particulier dans la suture du col utérin, du péritoine pelvien et de la paroi.

Dès le soir, la malade se déclare soulagée de ses angoisses. Elle mange dès le lendemain; la température rectale ne monte qu'une fois à 37°, 9. Le pouls devient rapidement très bon. La malade se lève le 10 février.

Le 14, ses urines renferment 17 gr. 5 d'urée et 1 gr. 35 d'acide phosphorique.

A partir du 10, elle prend, par jour, 1 milligramme de phosphore dissous dans de l'huile. Elle part pour Annecy le 22 février. Elle continue simplement l'usage du phosphore, et voici ce que m'écrit son médecin, le docteur Geley, à la date du 7 avril.

« Je l'ai trouvée tellement améliorée qu'on peut prédire la guérison définitive, rapide. Elle ne souffre plus, a bon appétit, digère bien, marche et fait son ménage sans peine, alors qu'auparavant, elle ne quittait le lit que pour se traîner péniblement appuyée sur son bâton. Elle commence à sortir. L'état moral est excellent. »

L'interruption de la grossesse par l'avortement provoqué s'est déjà imposée comme le seul moyen d'éviter une issue rapidement fatale dans certains cas d'ostéomalacie. Ce que l'on connaissait des bons effets de l'ablation des ovaires dans l'ostéomalacie devait tout naturellement me conduire à l'intervention qui combinait l'interruption de la grossesse avec l'ablation des ovaires.

L'amputation utérine m'a paru moins grave que l'avortement provoqué dans l'état de faiblesse où était ma malade. Il y a eu moins d'hémorragie et moins de choc. Si l'on en juge par ce que produit l'avortement dans les vomissements incoercibles, le soulagement a été plus complet et plus immédiat, et l'on pourrait penser à ce mode d'intervention dans certains cas de vomissements incoercibles où l'on ne peut pas espérer de grossesse subséquente.

Mais ce qui est surtout à retenir, c'est la rapidité de la guérison de l'ostéomalacie, rapidité telle que, comme je le disais au début, l'amputation de l'utérus et des ovaires paraît devoir être l'opération de choix dans l'ostéomalacie.

REVUE ANALYTIQUE

De l'état des annexes dans les fibromes utérins, par CONSTANTIN DANIEL. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 1, janvier-février ; n° 2, mars-avril 1903.

Ce travail repose sur 205 observations, dont 69 ont été recueillies dans le service du professeur Pozzi pendant une période de 10 ans.

En tenant compte de 124 cas de fibromes opérés à la clinique gynécologique de Broca, 72 fois on a trouvé des altérations annexielles, soit une proportion de 59 p. 100.

Parmi les altérations annexielles, M. Daniel classe non seulement les altérations limitées à la trompe et aux ovaires, mais aussi celles qui prennent naissance dans les rudiments wolffiens et aussi celles qu'il désigne sous le nom d'altérations de voisinage.

L'oviducte peut être le siège de tous les degrés d'altérations anatomiques : l'hyperplasie, l'hyperémie, l'inflammation catarrhale, les salpingites kystiques. Ces altérations peuvent ou bien exister isolées ou s'associer entre elles, la participation de l'ovaire étant presque constante. La tuberculose tubaire et la grossesse ectopique ont aussi été observées.

Pour Greco, l'ovaire serait atteint plus souvent que la trompe au cours de l'évolution des fibromes utérins ; et ce n'est que très rarement qu'il est normal à la vue ou à la coupe.

Les recherches de Bulius, de Cornil et de l'auteur sont d'accord pour admettre la fréquence plus grande des altérations des ovaires sur celles des trompes. Sur 70 cas de fibromes coïncidant avec des lésions des annexes, 28 fois, soit 40 p. 100, il y avait fibrome accompagné d'altération isolée des ovaires, tandis que l'association de la salpingite et du fibrome n'existait que 12 fois, soit 17 p. 100. Enfin, la coexistence d'altération tubaire et ovarienne à la fois a été observée 30 fois, soit 42,88 p. 100. L'ovarite chronique, la dé-

[illegible] de même que [illegible]

[illegible] 1° l'infection ; 2° la diathèse [illegible] sur tout l'appareil tubo-[illegible]

[illegible] dues à l'infection.

[illegible] semble dépendre de la diathèse fibroma-[illegible] d'altérations annexielles propres à ces [illegible] caractérisées par l'hyperplasie sim-[illegible] de la trompe et du côté des ovaires par l'hypertro-[illegible] consécutive.

[illegible] sont dues à l'action presque mécanique sur les [illegible] qui empêchent en quelque sorte le drainage [illegible] troubles circulatoires, compression [illegible]

[illegible] annexielles datant de la pé-[illegible] à l'apparition du fibrome, il y [illegible]

adhérences avec l'intestin, compromettre sérieusement la vie de la malade et le succès de l'intervention chirurgicale.

Quant au choix du procédé, opération conservatrice ou hystérectomie totale, l'opérateur, en présence de tumeurs fibreuses accompagnées de lésions annexielles, devra choisir entre plusieurs partis, et sa détermination dépendra de différentes considérations : le volume de la tumeur, ses rapports anatomiques avec l'utérus, ses connexions avec les organes voisins, les accidents que l'affection peut provoquer, enfin l'âge de la malade.

Des modifications des ovaires dans les cas de tumeurs syncitiales et de môles vésiculaires ; contribution à l'histogenèse des kystes des corps jaunes (Ueber die Veranderungen der Ovarien bei syncitialen Tumoren u. Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese Luteïncysten). Runge (E.), *Archiv f. Gynæk.*, 1903, Bd 69, Hft 1, p. 33.

Un certain nombre de cliniciens (Marchand, Neumann, Goebel, Fiedler, Poten-Vassmer, Schaller-Pförringer, Stoeckel) ont fait la remarque, au moins curieuse, de la coïncidence, fréquente relativement, d'altérations, de dégénérescences des ovaires avec les tumeurs syncitiales et les môles vésiculaires. Dégénérescences spéciales, qui sont des *formations kystiques, ayant pour point de départ les corps jaunes.*

Runge, à son tour, a utilisé pour le contrôle de ces observations et pour l'étude de ces altérations spéciales les ovaires de 8 femmes, dont 7 avaient été atteintes de tumeurs syncitiales et une de môle vésiculaire. Dans l'ensemble, les constatations qu'il a faites viennent confirmer celles des précédents auteurs. Après avoir rapidement rappelé les travaux de ceux-ci, il expose les résultats de ses propres recherches, qu'il résume ainsi : *a*) Structure de la paroi des kystes des corps jaunes : *en allant de dehors en dedans, on trouve deux couches de tissu connectif, non toujours nettement séparées l'une de l'autre, puis la couche de cellules à éléments jaunes, traversée de fins tractus connectifs et de capillaires. A cette couche peut être accolée soit un dépôt de fibrine avec inclusion d'éléments divers, soit du tissu connectif ; enfin, à ces dernières stratifications, ou, en leur absence, à la couche de cellules à granulations jaunes, peut faire encore suite une bande fine, homogène.*

Plus loin, Runge écrit : « Les ovaires ont subi la dégénérescence kystique, et la paroi de chaque kyste possède une couche, de forme variable, plus ou moins épaisse de cellules, que je me crois justifié à considérer comme étant des cellules à éléments jaunes. Des cellules, ayant les mêmes caractères, se rencontrent, sous forme de foyers, dans le tissu connectif répandu dans les diverses couches de la paroi kystique. En certains points, il n'y a que quelques cellules, en d'autres, au contraire, elles forment des agglomérations importantes. Tantôt la disposition réciproque de ces cellules est irrégulière, tantôt, au moins dans les foyers importants, elle est tout à fait typique. De même, les rapports de ces amas cellulaires avec la couche des cellules à éléments jaunes sont variables. Sur certains points, les connexions sont manifestes ; sur d'autres, elles échappent complètement, etc. » En tout cas, le fait anatomique capital, essentiel, dans la composition de la paroi de ces formations kystiques, c'est la couche de cellules à éléments jaunes.

Certains auteurs ont voulu voir dans ces altérations des dégénérescences malignes. Pour Runge, il faut les juger comme les conséquences *d'un processus actif, lié à une disposition très vive des cellules substances jaunes à proliférer*, la raison fortuite de cette disposition restant encore inconnue. La coïncidence entre ces kystes dérivés des corps jaunes et les déciduomes et môles hydatiques reste réelle, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de dire la relation de causalité ou autre qui existe entre ces productions pathologiques.

R. L.

Deux cas d'éclampsie suivis de mort sub partu avec décollement prématuré du placenta normalement inséré ; état microscopique au niveau du placenta et des membranes (Zwei *sub partu* verstorbene Fälle von Eklampsie mit vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta ; mikroskopische Befunde an Placenta und Eihäuten). Seitz (L.), *Arch. f. Gyn.*, 1903, Bd 71.

La publication de ces 2 faits, dit l'auteur, est justifiée par 3 sortes de raisons : 1° raisons *cliniques*, à cause de la complication du décollement prématuré du placenta normalement inséré avec l'éclampsie ; 2° raisons *d'anatomie macroscopique*, parce que, dans les deux utérus, fœtus, placenta, membranes et épanche-

ments sanguins sont restés et fixés *in situ* ; 3° parce que l'occasion est favorable d'étudier. sur le placenta *in situ*, les *altérations histologiques* de la caduque et des enveloppes fœtales, et éventuellement de mettre en évidence les microbes préexistants.

Cette énumération suffit à indiquer tout le parti que l'auteur a cherché à tirer de ces deux cas intéressants : « Dans les deux cas, écrit-il, nous avons eu une éclampsie à peu près également sévère, terminée par la mort ; dans les deux cas aussi, il y a eu décollement du placenta par un hématome rétro-placentaire. Mais, tandis que, dans l'un des cas, il y avait dans la caduque des signes de vive inflammation qui se poursuivaient jusque dans le myométrum et jusque dans les enveloppes fœtales, rien de semblable n'existait dans l'autre. »

Peut-être le premier cas paraîtrait-il à beaucoup un argument en faveur de la théorie de W. Albert, défendue aussi par Müller, que *l'éclampsie est sous la dépendance d'une endométrite microbienne latente* (1) ; mais je me garde de lui donner cette signification. Car, même en supposant un état bactériologique positif, j'aurais été loin, par défaut de cultures, de recherches expérimentales sur l'animal, d'avoir démontré que les microbes sont la cause réelle, fondamentale de la maladie, et non pas seulement des parasites inoffensifs. D'ailleurs, le second cas aurait tout de suite ébranlé mon opinion. D'autre part, des conditions, comme dans la seconde observation, c'est-à-dire *absence de tous phénomènes inflammatoires dans l'éclampsie*, ne paraissent pas être très rares. Ainsi, dans cette même clinique de Dresde, sur 8 cas d'éclampsie terminés par la mort, femmes non accouchées, et le placenta ayant pu être étudié *in situ*, dans un seul on constata une infiltration microcellulaire, comme signe le premier et le plus frappant d'une infection. Dans la première de mes deux observations, je rapporte le processus phlegmasique de l'endométrium à une action chimico-toxique : les toxines du fœtus ont déterminé les infiltrations et les dégénérescences de la caduque. De même que le foie peut éventuellement être peu lésé, ou du moins qu'il peut être, suivant les cas, plus ou moins atteint, ainsi les altérations au niveau de la caduque peuvent manquer, et elles paraissent manquer très souvent.

R. L.

---

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1901, p. 41.

BIBLIOGRAPHIE

Les déséquilibrés du système nerveux, par le D[r] Raffray. Paris, Asselin et Houzeau, 1903 — Dans ce livre, plein de choses vues et vécues, le gynécologue et l'accoucheur trouveront, sur les désordres fonctionnels des organes génitaux de la femme, une étude aussi consciencieuse que sincère.

Pathologie et thérapeutique de la stérilité chez la femme (Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit der Weiber) par Ferdinand Schenk, Berlin, Harga, 1903. — Après une étude rapide de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux de la femme, l'auteur aborde l'étude des causes de la stérilité chez elle. Il divise celles-ci en plusieurs classes : 1° stérilité tenant a une lésion anatomo-pathologique de l'appareil génital (anomalies de développements, néoplasmes, inflammations) ; 2° stérilité due à des altérations d'ordre général (chlorose, tuberculose, diabète, leucémie) ; 3° stérilité due à des lésions sans substratum anatomo-pathologique (anaphrodisie, vaginisme, mariages consanguins). Schenk expose ensuite le traitement de ces diverses causes de stérilité et termine par une bibliographie étendue de cette question.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LIX

Janvier à Juin 1903

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LIX

Janvier à Juin 1903

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUE CLINIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

BIBLIOGRAPHIE

VARIA

NÉCROLOGIE

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre Dame-de-Lorette.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME LX

TOURS, IMP. E. ARRAULT ET Cie

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET **H. HARTMANN**

TOME LX

Contenant des travaux de

AUDEBERT, CONSTANTIN DANIEL, COUVELAIRE, FIEUX,
FOCHIER et COMMANDEUR, GACHE (S.), GILBERT,
LEREBOULLET et Mlle STEIN, HARTMANN, JACOBS, LABUSQUIÈRE,
MORAX, PINARD; PINARD, SEGOND et COUVELAIRE.

1903

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1903

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

JUILLET 1903

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE D'UN
UTÉRUS PARTURIENT À TERME
FIXÉ EN RÉTRO-LATÉRO-VERSION PAR DES ADHÉRENCES PÉRIMÉTRITIQUES

Par **MM. Pinard, Segond et Couvelaire.**

I. — Étude clinique

Il s'agit d'une femme de 36 ans, grande, vigoureuse, habituellement bien portante.

Elle a été réglée à 14 ans régulièrement. Les règles, abondantes et douloureuses, duraient 5 à 6 jours.

Elle se marie à l'âge de 26 ans.

Les menstruations restent douloureuses, mais les caractères de la douleur se modifient : au lieu d'une douleur diffuse dans le bas-ventre, c'est un *point douloureux à gauche.*

Dans l'intervalle des menstruations, elle ne souffre pas et n'a jamais eu de pertes.

Depuis quelques années, les règles tendent à se rapprocher et à devenir plus abondantes.

Ce sont là les seules manifestations pathologiques que l'interrogatoire le plus serré permet de retrouver dans l'histoire de cette femme.

Elle ne devient enceinte qu'en 1902, après dix ans de mariage.

L'enfant, qui pesait 3.590 grammes au moment de sa naissance, pesait 4.140 grammes à sa sortie du service, le 38e jour.

II. — Étude anatomique

L'utérus fut, immédiatement après l'extirpation, immergé dans une solution de formol à 10 p. 100 et suspendu de façon à ce qu'il fût fixé dans sa forme par le liquide conservateur et qu'on pût ultérieurement en pratiquer utilement des coupes suivant des plans déterminés.

Il pesait 1.165 grammes, annexes comprises ; la pièce comprend, en effet, l'utérus entier, les annexes droites et une partie seulement de la trompe gauche épaissie ; l'ampoule, le pavillon et l'ovaire gauche, enfouis dans les adhérences périmétritiques postérieures, sont restées en place.

Regardez l'utérus par sa face antérieure ou plus exactement par la face qui s'est offerte au bistouri de M. Segond et qui, sur l'utérus post partum, porte la brèche de la section césarienne, brèche longue de 14 centimètres, étendue du fond même de l'utérus à la limite supérieure du segment inférieur.

Orientez la pièce comme elle doit l'être en verticalisant l'incision utérine (fig. 1), et vous serez frappés par la distorsion complète de l'utérus, par l'extraordinaire distension de la partie gauche du segment inférieur, dont la paroi amincie est toute recouverte de brisures d'adhérences, par l'obliquité du col utérin.

Retournez la pièce et regardez sa face postérieure (fig. 2 et 4), vous ne retrouverez plus la surface lisse du corps utérin, mais sur toute l'étendue de cette face, depuis le fond jusqu'à l'insertion vaginale, des brisures d'épaisses et solides adhérences, au milieu desquelles vous retrouvez l'épais cordon qui représente le ligament rond et la portion isthmique adhérente de la trompe gauche. L'obliquité du col utérin est aussi évidente que sur la vue antérieure de la pièce.

Faites maintenant une coupe frontale intéressant la totalité de l'organe supposé en place, passant par l'insertion tubaire

droite et franchement en avant de l'insertion du ligament rond gauche, intéressant corps, segment inférieur et col (fig. 3), et vous vous rendrez compte plus nettement encore de la distorsion utérine que nous allons maintenant étudier avec plus de précision.



FIG. 1. — Face antérieure de l'utérus post partum.

⁂

Sur la pièce comme sur les 3 photographies (fig. 1, 2 et 3), vous voyez que l'axe du corps utérin rétracté n'est pas parallèle, tant s'en faut, à l'incision césarienne. Il est franchement oblique en bas et à gauche et fait avec la verticale un angle

vers le segment inférieur, non seulement de droite à gauche, mais d'arrière en avant. Donc, en projection sur un plan sagittal, l'*utérus post partum* vous apparaît comme étant fixé en *rétro-version* et en *rétro-flexion*.

Etudiez maintenant la région du fond de l'utérus.

Si le ligament rond et les annexes droites sont à leur place habituelle et libres d'adhérences, le ligament rond et les annexes gauches, enfouis dans des adhérences, sont reportés, loin du bord latéral de l'organe en place, sur la face de l'organe qui était topographiquement la face postérieure. Autrement dit, le bord latéral gauche et une partie de la face antéro-latérale gauche étaient orientées et fixées en arrière.

Donc, en projection sur un plan perpendiculaire à la section césarienne, l'utérus *post partum* vous apparaît comme ayant subi une *torsion* en sens inverse des aiguilles d'une montre, de droite à gauche et d'avant en arrière.

Telles sont la configuration et la situation atypique de l'utérus *post partum*. Ces données anatomiques objectives sont absolument conformes aux données cliniques que l'examen de l'utérus parturient avait permis de recueillir.

*
* *

Comment se sont développés, pendant la grossesse, les différentes parties de cet utérus fixé par une si large surface d'adhérences périmétriques en rétro-latéro-version ?

Et d'abord comment s'est développé le corps utérin ? La délimitation du corps utérin est aisée et en particulier sur la coupe reproduite figure 3, la limite du corps et du segment inférieur apparaît nettement (*Sd*, *Sg*).

La circonférence maxima du corps suivant un plan perpendiculaire à la section césarienne est de 41 centimètres.

Un ruban métrique appliqué sur la face antérieure qui bombe, entre le segment inférieur et la limite supérieure des adhérences de la face postérieure (ligne ondulée allant de l'insertion tubaire droite à l'insertion du ligament rond gauche),

donne 16 centimètres. Du même point de repère supérieur (fond de l'utérus *post partum*) au segment inférieur, le ruban métrique appliqué sur la face postérieure de l'utérus donne 11 centimètres. Déjà, suivant le plan sagittal, apparaît une

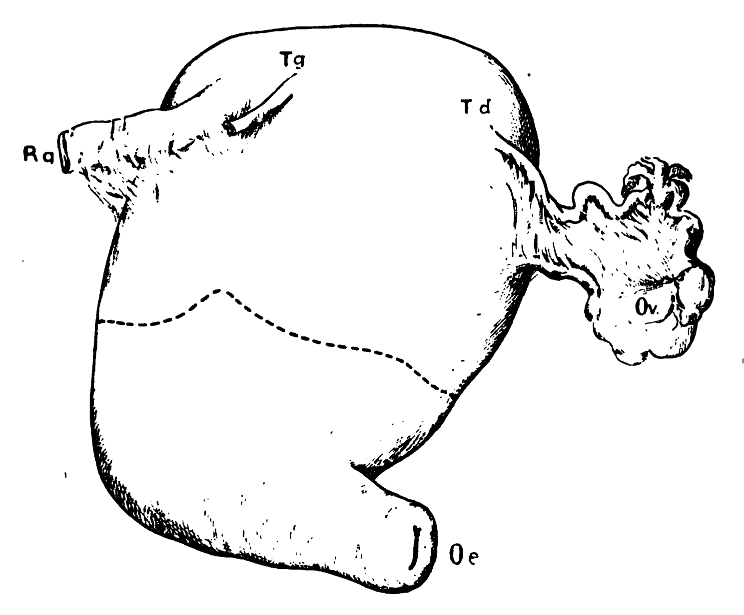


FIG. 4. — Décalque schématique de la photographie reproduite fig. 2, représentant la face postérieure de l'utérus.

Oe, orifice externe du col; — *Rg*, ligament rond gauche; — *Tg*, trompe gauche; *Td*, trompe droite; — *Ov*, ovaire droit.

inégalité de développement des parois antérieure et postérieure du corps utérin.

Prenons d'autres points de repère : l'insertion des ligaments ronds et des trompes.

Entre les insertions des ligaments ronds, le ruban métrique appliqué sur la face antérieure donne 20 centimètres ; sur la face postérieure, 9 centimètres seulement.

Entre les insertions des trompes, le ruban métrique appliqué sur la face antérieure donne 23 centimètres ; sur la face postérieure, 7 centimètres seulement.

Cette conclusion s'applique non seulement à l'ensemble du développement en surface de l'utérus, mais au développement en surface *des cornes*. La corne droite, libre, est plus développée que la corne gauche, adhérente. Ce fait, qui apparaît directement sur la figure 3, ressort indirectement des mensurations énumérées ci-dessus ; en effet, la distance qui sépare l'insertion de la trompe de l'insertion du ligament rond homo-latéral est à droite le double de ce qu'elle est à gauche.

Un dernier point reste à étudier, c'est le *développement en épaisseur* des différentes parties du corps de l'utérus post partum.

Les mensurations, pratiquées rigoureusement suivant des perpendiculaires à la surface utérine, nous ont donné les résultats suivants :

Au niveau de la section césarienne, la lèvre droite de l'incision a une épaisseur maxima de 38 millimètres ; la lèvre gauche, de 32 millimètrès.

Au niveau de l'insertion du ligament rond, l'épaisseur de la paroi est à droite de 40 millimètres ; à gauche, de 35 millimètres.

Au niveau du fond, immédiatement à droite de la ligne médiane, l'épaisseur de la paroi est de 34 millimètres.

Au-dessous de l'insertion de la trompe gauche, l'épaisseur de la paroi postérieure est de 47 millimètres.

Il ne semble pas, d'après ces mensurations, qu'il y ait sur l'utérus post partum une différence d'épaisseur notable entre la paroi postérieure fixée et la paroi antérieure libre. Les écarts ne dépassent pas ceux que nous avons pu noter sur les dix utérus du musée de la clinique.

Les conclusions de cette étude analytique du corps utérin sont les suivantes :

1° *Sur l'utérus post partum fixé en rétro-latéro-version que nous venons d'étudier, le développement en surface de la partie antérieure libre du corps l'emporte de beaucoup sur celui de la partie postérieure adhérente* ;

2° *Par rapport aux dix utérus pris comme termes de comparaison, le développement en surface de la partie antérieure libre du corps dépasse de près du double celui de la partie correspondante des utérus étalons, alors que le développement en surface de la partie postérieure fixée n'atteint pas la moitié de celui de la partie correspondante des utérus étalons.*

*
* *

Non moins profondes sont les modifications subies par le *segment inférieur.*

Ce segment inférieur est constitué par deux parties nettement différenciées : l'une postéro-latérale droite fortement rétractée, l'autre antéro-latérale gauche étirée et amincie formant presque, à elle seule, la paroi de l'énorme poche que distendait la tête fœtale et qui, sur l'utérus post partum fixé par le formol, a encore une circonférence extérieure de 32 centimètres. La hauteur de la partie rétractée postéro-latérale droite (*Sd*, *Od*) mesurée en prenant comme point de repère supérieur, la limite inférieure du corps utérin, atteint 4 centimètres, soit quelques millimètres de plus que le segment inférieur régulièrement développé de l'utérus à terme (extrait en totalité par l'abdomen après section césarienne) représenté par H. Varnier dans son *Obstétrique journalière* (fig. 326, p. 293).

La hauteur de la partie étirée antéro-latérale gauche (*Sg*, *Og*), mesurée au ruban métrique entre les mêmes points de repère, atteint 14 centimètres.

Quant à l'épaisseur de ces deux régions, elle est, pour la première, de 18 millimètres, alors que pour la seconde elle n'atteint pas 2 millimètres au point le plus saillant de la poche.

Remarquez, enfin, que la région antéro-latérale gauche du segment inférieur, région anormalement distendue, est l'aboutissant de l'axe du corps, et vous serez convaincus que *cette atypique distension partielle du segment inférieur est en rap-*

port avec l'obliquité postéro-latérale irréductible de l'utérus.

Quelles ont été les conséquences des premières contractions utérines douloureuses ?

Notons d'abord que le placenta était inséré sur la face latérale droite du corps. Son bord inférieur affleurait la limite supérieure du segment inférieur sans empiéter sur lui.

Le pôle membraneux inférieur, resté intact pendant toute la durée de la grossesse, s'est rompu à l'apparition des premières contractions douloureuses.

Il nous paraît intéressant de constater (le pôle membraneux étant resté adhérent sur la pièce dans la plus grande partie du segment inférieur) que la rupture de l'œuf s'est faite au niveau de l'orifice interne du col, précisément à la limite des deux régions anatomiquement et physiologiquement distinctes de cet atypique segment inférieur.

Ces premières contractions contemporaines de la rupture de l'œuf (309 jours après la fin des dernières règles) n'ont déterminé au niveau *du col* aucune modification.

Le col, long de 5 centimètres, a encore son orifice interne fermé sur la pièce enlevée 316 jours après la fin des dernières règles.

III. — Conclusions

De cette étude clinique et anatomique se dégagent les conclusions suivantes :

1° Des *adhérences périmétritiques* étendues fixant l'utérus en situation vicieuse *irréductible* ne sont pas incompatibles avec l'évolution de la grossesse jusqu'à terme ;

2° La fixation irréductible de la face postérieure de l'utérus gravide en rétro-latéro-version a, dans le cas étudié par nous, entraîné une exagération du développement en surface de la paroi antérieure libre de l'utérus et une notable diminution du développement en surface de la paroi postérieure adhérente ;

3° La fixation irréductible du corps utérin en rétro-latéro-

version a entraîné un développement atypique du segment inférieur consistant en une énorme distension partielle de la région à laquelle aboutit l'axe anormalement dévié du corps utérin ;

4° L'attitude vicieuse irréductible du fœtus était en rapport avec la distorsion complexe de l'utérus et l'inégal développement des différentes parties de l'organe gestateur irréductiblement fixé en situation vicieuse ;

5° Cette dystocie a nécessité, pour sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant, l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie ;

6° Le succès de l'intervention a été complet pour la mère et pour l'enfant.

RECHERCHES COMPARATIVES SUR LA CHOLÉMIE PHYSIOLOGIQUE

CHEZ LA MÈRE ET LE NOUVEAU-NÉ

Par **MM. A. Gilbert, P. Lereboullet** et **Mlle Stein.**

Des recherches effectuées à la clinique Baudelocque (1) nous ont permis d'étudier comparativement au moment de l'accouchement le sérum du sang de la mère, celui du sang du nouveau-né, et celui du sang du cordon, prélevé lors de sa section. Elles nous ont montré des différences très grandes dans la teneur en pigments biliaires de ces sérums.

Le simple examen physique met en évidence le caractère nettement bilieux du sérum du sang du cordon comparé au sérum maternel ; l'étude de la réaction de Gmelin la montre infiniment plus intense dans le premier que dans le second. Toutefois, il est impossible d'apprécier de la même façon la teneur relative en pigments biliaires du sérum du sang du nouveau-né, en raison de la grande facilité avec laquelle celui-ci se teinte secondairement d'hémoglobine. Aussi avons-nous, avec MM. Herscher et Posternak, fait dans quelques cas la *cholémimétrie*, et déterminé la quantité de bilirubine contenue dans chaque échantillon de sérum examiné (2). Nous avons ainsi pu apprécier de manière plus précise les différences qui existent entre ces divers sérums. Ces constatations permettent quelques importantes déductions ayant trait à la physiologie de la mère et celle du nouveau-né.

---

(1) Nous sommes très reconnaissants à M. le professeur Pinard et à son chef de clinique, le docteur Couvelaire, qui nous ont permis de faire dans leur service toutes nos recherches.

(2) Ces mesures ont été faites à l'aide d'un procédé de dosage encore inédit que l'un de nous fera prochainement connaître avec MM. Herscher et Posternak.

Nous avons, dans une vingtaine de cas, examiné comparativement le sérum de la mère et celui du sang du cordon (représenté surtout par le sang de la veine ombilicale, c'est-à-dire le sang qui revient du placenta). Dans neuf cas, nous avons pu faire la cholémimétrie, qui nous a donné les résultats groupés dans le tableau suivant :

	Obs. 1	Obs. 2	Obs. 3	Obs. 4	Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8	Obs. 9
Proportion de biliruline contenue dans le sérum maternel . . .	$\frac{1}{40.000}$	$\frac{1}{49.600}$	$\frac{1}{37.600}$	$\frac{1}{34\ 350}$	$\frac{1}{34.400}$	$\frac{1}{32.400}$	$\frac{1}{32.900}$	$\frac{1}{20.700}$	$\frac{1}{32.300}$
Proportion de biliruline contenue dans le sérum du sang du cordon.	$\frac{1}{13.350}$	$\frac{1}{11.350}$	$\frac{1}{17.800}$	$\frac{1}{11.450}$	$\frac{1}{5.800}$	$\frac{1}{9.250}$	$\frac{1}{9.250}$	$\frac{1}{10.300}$	$\frac{1}{9.250}$

Ces résultats sont encore trop peu nombreux pour avoir une valeur absolue. Ils montrent néanmoins que, en moyenne, la teneur en bilirubine du sérum maternel est d'environ $\frac{1}{33.000}$, et celle du sérum du sang du cordon d'environ $\frac{1}{10.000}$ que, par suite, celui-ci contient en moyenne trois fois plus de bilirubine que le sérum maternel.

Nous avons, dans deux des cas ci-dessus rapportés, mesuré également la proportion de bilirubine contenue dans le sérum du nouveau-né (dans ces cas, les nouveau-nés n'étaient ni ne sont devenus ictériques). Or, voici ces résultats :

	Obs. 8	Obs. 9
Proportion de bilirubine contenue dans le sérum maternel.	$\frac{1}{20.700}$	$\frac{1}{32.300}$
Proportion de biliruline contenue dans le sérum de sang du cordon	$\frac{1}{10.300}$	$\frac{1}{9.250}$
Proportion de bilirubine contenue dans le sérum du nouveau-né.	$\frac{1}{6.350}$	$\frac{1}{6.350}$

La teneur en bilirubine du sérum de nouveau-né est, d'après ces chiffres, de $\frac{1}{6.350}$, alors que celle du sang du cordon est en moyenne dans les deux cas examinés de $\frac{1}{9.700}$. La cholémie du nouveau-né est donc d'un tiers environ plus marquée que celle du sang du cordon, elle-même, comme nous

l'avons vu, trois fois plus marquée que celle du sang maternel.

Ces résultats, tous concordants, mettent en lumière l'activité de la fonction biliaire chez le nouveau-né et l'existence chez lui d'une *cholémie physiologique* particulièrement intense.

Comment peut s'expliquer cette cholémie ? Y a-t-il résorption au niveau de l'intestin grêle de la bile contenue dans le méconium ? Y a-t-il au niveau du foie passage des pigments biliaires dans les voies lymphatiques et de là dans la circulation générale? Y a-t-il enfin passage direct de la bile sécrétée dans les veines centro-lobulaires, représentant le canal excréteur du lobule sanguin ? Si, comme nous sommes portés à le croire, cette dernière hypothèse est exacte, le foie fœtal pourrait, même au point de vue de la sécrétion biliaire, être assimilé à une glande vasculaire sanguine ; dans cette hypothèse en effet le méconium ne contiendrait qu'une partie relativement minime de la bile sécrétée par le foie fœtal, la plus grande partie de celle-ci se déversant directement dans la circulation par les veines centro-lobulaires. Chez l'homme adulte, au contraire, la bile est en majeure partie éliminée par l'intestin, et la cholémie physiologique reste minime. Toutefois, on peut à propos de celle-ci soulever les mêmes hypothèses, car elle tend à prouver que, même chez l'homme adulte, la sécrétion biliaire est pour une part relativement considérable une sécrétion interne.

La cholémie physiologique que nous avons constatée chez le nouveau-né, et qui existe vraisemblablement chez le fœtus dans les derniers mois de la vie intra-utérine, est relativement intense, elle est égale ou supérieure à celle de nombreux ictériques adultes. Aussi peut-on s'étonner qu'elle ne produise dans l'organisme fœtal aucun trouble. Il y a lieu toutefois de se demander si l'on ne peut rattacher à cette cholémie et la teinte spéciale du nouveau-né, teinte mêlée de jaune et de rouge, et le léger ictère que celui-ci présente si souvent. La cholémie très marquée constatée dans l'ictère simple du nou-

veau-né (1) pourrait n'être, dans certains cas tout au moins, que l'exagération de la cholémie physiologique existant constamment à la naissance.

Si prononcée qu'elle soit, la cholémie du nouveau-né ne s'accompagne ordinairement ni de cholurie, ni même d'urobilinurie, et de nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer comment se fait l'élimination des pigments biliaires contenus dans le sang pendant les premiers jours de la naissance.

Un autre fait important se dégage de nos constatations. La cholémie fœtale est supérieure à celle constatée dans le sang du cordon. Le sang fœtal abandonne donc au niveau du placenta une partie des pigments biliaires qu'il renferme au sang maternel. Cette élimination placentaire semble même chez le fœtus particulièrement importante, puisque l'élimination urinaire fait défaut, et que l'élimination intestinale est relativement minime. Du fait de ce passage des pigments biliaires dans le sang maternel, il y a une véritable *cholémie maternelle d'origine fœtale*, qui, en se surajoutant à la cholémie physiologique de la mère et parfois à la cholémie pathologique (lorsque par exemple la femme enceinte est atteinte de cholémie simple familiale), peut entraîner diverses conséquences.

Toutefois, d'après nos observations, cette cholémie maternelle reste ordinairement peu intense. C'est que, d'une part, la quantité de pigments biliaires ainsi abandonnée par le fœtus, considérable pour lui, est minime pour l'organisme maternel, et que d'autre part celui-ci peut se débarrasser incessamment des pigments biliaires qui lui sont amenés ainsi.

Il y aurait lieu à ce point de vue de rechercher s'ils sont éliminés par le rein, et pour cela d'étudier systématiquement l'urobilinurie des femmes enceintes ; loin d'indiquer la mort du fœtus, ainsi qu'on l'a soutenu, celle-ci pourrait être un in-

(1) P. Lereboullet, De l'état du sérum et des urines dans l'ictère simple du nouveau-né. *Gazette hebdomadaire* et *Société de biologie*, novembre 1901.

dice de sa vitalité, si elle résultait de l'élimination par le rein de la mère d'une partie des pigments biliaires venus du fœtus.

De même les pigmentations gravidiques peuvent, jusqu'à un certain point, témoigner de l'activité de l'élimination par la peau des pigments biliaires contenus dans le sang de la femme enceinte. Si dans de nombreux cas ces pigmentations semblent en rapport avec la cholémie pathologique de la mère, il se peut qu'elles soient en partie dues au passage des pigments biliaires du fœtus dans le sang maternel.

Telles sont les principales déductions que l'on peut tirer de ces recherches. Sans doute une étude plus complète de ces diverses questions est nécessaire, mais d'ores et déjà nos constatations montrent que *le sang du cordon contient environ trois fois plus de pigments biliaires que le sang maternel, et que le sang du nouveau-né est lui-même d'un tiers environ plus riche en pigments biliaires que le sang du cordon.* Il existe donc une *cholémie physiologique du nouveau-né*, assez intense quoique remarquablement tolérée, et elle entraîne secondairement une *cholémie maternelle d'origine fœtale*, qui reste toutefois peu marquée.

REVUE GÉNÉRALE

DES RUPTURES UTÉRINES SUB PARTU

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

(H. VARNIER, KOLOMENKIN, P. ZWEIFEL)

Par le **docteur R. Labusquière.**

En septembre 1901, au Congrès de Nantes, notre éminent et très regretté rédacteur en chef, H. Varnier, dans son rapport sur le *Traitement des ruptures utérines*, concluait formellement à la nécessité d'un traitement *chirurgical*. Conclusion déduite non de l'étude des statistiques de faits recueillis de tous côtés, mais de son expérience personnelle, acquise en 16 années, soit comme assistant du professeur Pinard, soit comme directeur lui-même d'un service hospitalier. En tout, il avait observé 23 cas de rupture utérine, qu'il divisa en deux groupes :

a) 1[er] *groupe* (de 1885 à septembre 1897), comprenant 11 cas, tous traités par la voie basse (traitement dit obstétrical, extraction par les voies naturelles suivie de tamponnement, etc.) ; avec ce résultat : 10 *morts* sur 11 cas !

« Vous ne vous étonnerez point, écrivait-il, qu'après avoir vu sur la table d'autopsie toutes les ruptures (*sauf une*) cliniquement reconnues par nous en 12 ans — les spontanées et les traumatiques, les petites et les grandes, les incomplètes et les complètes — nous ayons, mon maître et moi, acquis la conviction que la laparotomie exploratrice et réparatrice appliquée de parti pris à toute rupture diagnostiquée ne pourrait donner que des résultats meilleurs. »

b) 2[e] *groupe* (de 1897 à septembre 1901), comprenant 12 cas, mais 6 seulement dans lesquels on eut le temps d'intervenir,

ceux-ci se soldant par 3 guérisons et 3 décès, résultats, par comparaison, au moins encourageants. Quant aux 6 autres cas qu'on n'eut pas le temps de traiter, cela tient à des causes diverses : rapidité de l'issue fatale, adaptation encore insuffisante des services d'accouchement au traitement chirurgical rapide de ces cas, etc.

Il faut donc, suivant Varnier, traiter chirurgicalement les ruptures de l'utérus. De plus, à son avis, il n'y a pas lieu, pour se décider au traitement chirurgical, de faire cette distinction, importante à faire suivant certains auteurs et même des plus récents, en ruptures : *a*) *complètes* et *b*) *incomplètes* (1), distinction que bien souvent le clinicien le plus expérimenté est incapable de faire au lit de la malade.

Le principe d'un traitement chirurgical posé, Varnier conseillait comme procédé opératoire de choix l'*hystérectomie*, non l'hystérectomie totale, opération trop agressive, d'exécution trop longue chez de telles blessées, mais l'*hystérectomie sub-totale*, susceptible de certaines modifications suivant les constatations faites, le ventre ouvert. Les principes directeurs du traitement ont été établis comme suit par son ami et collègue, M. H. Hartmann :

1° Après restauration éventuelle et toilette du moignon cervical, suture à la soie de ses deux lèvres suivant une ligne transversale ;

2° Suture en surjet des déchirures péritonéales s'étendant au loin vers les parois du pelvis et de l'abdomen, afin de fermer entièrement, du côté de la cavité séreuse, le foyer traumatique constitué par les parties déchirées et contuses ;

3° Ne pas suturer l'une à l'autre les lèvres péritonéales du moignon, mais, amenant celui-ci au contact de la face profonde de la paroi abdominale, le fixer dans l'angle inférieur

(1) Il faut, sur ce point, éviter une confusion. Nous pensons, en effet, que, *pour la décision à prendre*, il ne faut pas s'attarder aux difficultés de ce diagnostic différentiel des ruptures incomplètes et complètes, mais, qu'au point de vue du *pronostic*, la distinction mérite d'être maintenue. R. L.

de la place en marsupialisant en quelque sorte le foyer de rupture. Pour cela, il suffit de fermer le péritoine au-dessus du moignon avec un gros catgut, qui réunit la lèvre droite à la lèvre gauche en chargeant au passage la face postérieure du moignon. *La surface cruentée est*, *ainsi que les décollements sous-péritonéaux*, *isolée de la grande cavité péritonéale* et mise en communication avec l'extérieur par un tamponnement à la gaze. Le reste de la plaie est ensuite réuni au-dessus par deux étages de sutures. La mèche peut être enlevée du 4e au 5e jour. En cas de rupture postérieure, drainage par le vagin.

En faveur de l'hystérectomie, H. Varnier faisait valoir, en outre, le grand danger qu'à l'occasion d'une nouvelle grossesse, d'un nouvel accouchement couraient les femmes qui ont eu antérieurement une rupture de l'utérus, *action rupturante des cicatrices*, démontrée par un ensemble déjà suffisant de faits bien observés et reconnue, du reste, par nombre d'observateurs. Dans son travail récent sur le traitement des ruptures utérines, P. Zweifel se préoccupe aussi de ces risques de nouvelles ruptures, et rappelle par quel moyen il les prévient : *stérilisation* des femmes par l'occlusion des oviductes (section au Paquelin, cautérisation jusqu'à une certaine profondeur de la muqueuse tubaire, oblitération des orifices tubaires avec le péritoine étiré en manchette ; ligature à la soie, et inclusion dans le pli séreux formé du moignon utérin de l'oviducte sectionné.

*
* *

Ainsi, en 1901, Varnier concluait à la *nécessité d'un traitement chirurgical*, et adoptait comme procédé de choix l'*hystérectomie sub-totale*, celle-ci pouvant subir quelques variations dans sa technique, variations subordonnées à l'état des lésions constatées après cœliotomie, après examen direct du champ opératoire.

Depuis, malgré l'intervalle relativement court, plusieurs travaux importants sur le même sujet ont été publiés. Ici même a été publié le mémoire de Draghiesco et C. Cristeanu

(de Bucarest), avec une statistique de 77 cas, dans lequel les auteurs concluent aussi à la nécessité d'un traitement chirurgical encore plus radical, *au moins pour les ruptures complètes*, celles-ci comportant un pronostic beaucoup plus sombre et se compliquant, presque sûrement, de phénomènes septiques. « *Quiconque*, écrivent-ils, *a vu de près l'état de dilacération, d'infiltration sanguine du petit bassin, de la cavité abdominale même, de sa septicité très probable et des délabrements péritonéaux très lointains (rein opposé), comprendra qu'au point de vue des suites de l'opération le meilleur procédé ne peut être que* L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE AVEC DRAINAGE ABDOMINAL. » Également, dans l'avant-dernier numéro de ce journal, se trouve un travail intéressant d'Ivanoff (assistant à la Maternité de Moscou), intéressant à un double titre, d'abord au point de vue de la question qui nous occupe directement, car il consigne les résultats fournis par un mode systématique de traitement, appliqué dans cette même clinique de Moscou, aux ruptures utérines, de 1877 à 1901, traitement essentiellement conservateur (glace, bandage compressif, tamponnement de la région déchirée avec de la gaze iodoformée, etc.). Or, sur les 124 cas de rupture observés durant ce laps de temps, il y eut 98 morts, soit une *mortalité* d'environ 79 p. 100. Aussi, l'auteur, comparant ce triste résultat avec ceux fournis par des procédés chirurgicaux, se prononce-t-il formellement *en faveur du traitement opératoire des ruptures utérines.*

L'autre point très intéressant de ce travail est celui où l'auteur, instruit par une multitude d'examens histologiques d'utérus rupturés, montre par quel mécanisme se forment souvent au cours d'accouchement laborieux, surtout dans les sténoses pelviennes, des zones cicatricielles, en dehors de toute rupture actuelle, mais qui, ultérieurement, pourront, dans un nouvel accouchement par exemple, être la cause occasionnelle d'une rupture de l'organe. Enfin, nous ne ferons que rappeler le « cas de récidive de rupture utérine » du docteur Mikhine, qui concourt à démontrer aussi l'action rupturante des cicatrices anciennes.

*
* *

Parmi les autres travaux publiés à l'étranger, nous avons lu avec un vif intérêt celui que Kolomenkin a publié dans la *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.* ; il a pour base principale une série de *cinq cas* successifs de *rupture de l'utérus*, traités tous chirurgicalement, non par un procédé opératoire unique, mais par des procédés divers dont la mise à exécution fut résolue d'après certaines particularités importantes propres à chacun de ces cas. Ces faits furent observés dans la section gynécologique de l'*Alt-Katharinenspitals* (Moscou). *Les cinq femmes guérirent* : 1 fois, hystérectomie abdominale totale (opérateur, Kolomenkin) ; 1 fois, Porro (opérateur, Vigileff) ; 3 hystérectomies, dont 2 totales, 1 hystérectomie vaginale (opérateur, W. Uspensky, privatdocent). En raison de la constance du succès, il ne nous a pas paru excessif de rapporter *in extenso* ces cinq observations, le lecteur pouvant ainsi s'assurer qu'il s'agissait bien de cas tout à fait graves, et peut-être aussi se persuader que cette série heureuse n'est pas l'effet d'un simple hasard, mais plutôt le résultat assez logique d'interventions rationnelles et très justifiées. Voici ces faits :

Obs. 1. — 27 ans, entrée à l'hôpital le 8 octobre 1899. Rupture utérine *sub partu*. — Femme apportée de la Maternité la plus voisine ; état à l'entrée : grande faiblesse, anémie accusée, pouls fréquent. Examen externe : l'utérus contracté est situé dans le côté gauche de l'abdomen, le fond étant à 4 centimètres environ de la ligne médiane. A droite de l'utérus, on constatait la présence d'une tumeur molle, élastique, presque fluctuante, qui remplissait la fosse iliaque droite, dont la limite supérieure remontait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Diagnostic : rupture utérine, prolongée dans le ligament large droit. Le pouls devenant plus faible, bien qu'il ne se fît par le vagin, solidement tamponné, aucun écoulement sanguin, on admit une hémorragie interne dans le tissu conjonctif sous-péritonéal. Et comme, d'instants en instants, les dangers augmentaient, on se résolut à pratiquer la lapa-

rotomie en semi-narcose. L'examen, au cours de l'opération, confirma les constatations antérieures : à gauche et en haut, l'utérus ; à droite, dans le ligament large, un volumineux hématome ; pas d'hémorragie dans la cavité abdominale. Cette hématome partait de la corne utérine droite, au-dessous de la trompe. Le sang extravasé avait largement écarté les feuilles du ligament large et remplissait, en arrière, la plus grande partie du petit bassin ; il s'élevait haut au-dessous du Douglas et, de là, occupait en partie le ligament large gauche. De ses mains, l'aide comprima le ligament large droit ; on lia le ligament infundibulo-pelvien ; le ligament large droit fut ouvert et le tampon retiré. Il s'ensuivit une très forte hémorragie dans le vagin. Immédiatement, ligature des artères et veines utérines. L'hémorragie au niveau du ligament large droit devint tout de suite plus faible, mais le sang continua de couler encore assez abondamment par le vagin. Le péritoine incisé sur l'hématome et, le sang enlevé, on constata une *déchirure transversale de la paroi utérine antérieure.* Pendant l'opération à plusieurs reprises, le pouls devint imperceptible; il se releva sous l'influence d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique faite après la ligature des vaisseaux. Ouverture du cul-de-sac postérieur, saisie et élévation du col avec une pince de Museux, son décollement de la vessie et des parties inférieures du paramétrium, isolement, enlèvement de l'utérus. Bande de gaze iodoformée allant du petit bassin dans le vagin. Fermeture du ventre par un double étage de sutures au crin de Florence. Durée totale de l'opération, une demi-heure. Sur l'utérus enlevé, on vit que la déchirure occupait plus de la moitié du côté droit de l'utérus, et, au niveau de l'orifice interne, se prolongeait sur la paroi antérieure de l'organe.

Suites opératoires, bonnes; 2 fois seulement la température s'éleva à 38°.

Note complémentaire : cette femme était entrée à la Maternité le 6 octobre, à 9 h. 30 du matin. Début des douleurs à 6 heures le même jour; au moment de l'entrée, col effacé; dilatation d'un demi-travers de doigt ; poche des eaux formée; pas de région fœtale engagée. Bruits fœtaux à gauche, au niveau de l'ombilic. Pendant toute la journée du 6, douleurs faibles et rares. Vers midi, la dilatation étant d'environ 3 travers de doigt, écoulement des eaux. Le 7 octobre au matin, dilatation presque complète, douleurs faibles, enfant vivant, ventre très douloureux. Dans la

nuit du 7, douleurs plus fortes ; à 4 heures du matin, faible hémorragie. La malade accusa de vives douleurs dans l'hypogastre, à gauche. Pas de douleurs. Utérus dur ; les pieds de l'enfant profondément dans le vagin. P., 120. Bruits fœtaux disparus. Extraction du fœtus sous narcose, la tête fœtale reste fixée. Perforation. Le fœtus extrait, hémorragie à grand jet par le vagin. L'utérus est mou, pâteux, non contracté. Le pouls disparaît à chaque instant. La main exploratrice constate sur le côté droit de l'utérus une déchirure, à travers laquelle on sent des anses intestinales, mais avec interposition d'une membrane.

Obs. 2. — 40 ans. Entrée le 14 décembre 1899. Rupture de l'utérus *sub partu*. Hystérectomie abdominale totale. *Anamnèse* ; était entrée à la Maternité à midi ; douleurs dans le ventre, hémorragie; dypsnée. 6 accouchements antérieurs normaux, sauf des adhérences du placenta. Dernier accouchement, 6 années auparavant. Dernière menstruation, au commencement de mars ; grossesse normale ; mais augmentation notable d'un œdème des membres inférieurs préexistant. Dans la nuit du 13 au 14, sans douleurs antérieures, brusquement douleurs au-dessous de l'épigastre, et hémorragie par les organes génitaux externes ; cessation des mouvements fœtaux ; forte dyspnée. État actuel : aspect physique bon, mais anémie accusée. Les yeux un peu excavés, traits de la face pincés. Décubitus horizontal impossible. Cœur et poumons normaux. Dans l'urine, un peu d'albumine. Ventre très douloureux, particulièrement au niveau du fond. Même sensibilité à gauche et en bas. Tout le ventre est dur, particulièrement à gauche. Sa sensibilité ne permet de percevoir aucune partie fœtale. Bruits du cœur imperceptibles. Anasarque. *Examen interne* : col très élevé. Pas de partie fœtale engagée. Il est impossible, à cause de la sensibilité, de faire un examen combiné. Trois quarts d'heure après l'entrée à l'hôpital, hémorragie assez forte. Examen externe *sous narcose* : tête à gauche, au-dessus du détroit supérieur. Examen interne avec toute la main : orifice dilaté, eaux écoulées. On a l'impression d'une insertion latérale du placenta. Petites parties fœtales à droite, version combinée sur le pied gauche ; extraction de l'enfant. Dégagement laborieux des bras ; la tête restant invariablement fixée, perforation. Après l'extraction de l'enfant, hémorragie faible. *Examen de la cavité utérine* : délivre en partie

décollé, et en partie adhérent à la paroi utérine antérieure. Délivrance artificielle. Pendant l'examen de la cavité utérine, constatation à gauche d'anses intestinales, qui aussitôt prolabent dans le vagin. Il était évident qu'il y avait rupture complète de l'utérus. Hémorragie sérieuse. Reposition des anses intestinales à travers le Douglas antérieur déchiré. Tamponnement utéro-vaginal, et transfert au service de gynécologie. *Laparotomie immédiate.* Dans le ventre, il y avait beaucoup de sang coagulé et liquide. Utérus bien contracté; cul-de-sac antérieur déchiré complètement. La déchirure se prolongeait dans le segment inférieur, en sorte que tout le col et la vessie prolabaient dans le vagin. De tous les points déchirés, et surtout à gauche, du sang s'écoulait. *Hystérectomie abdominale totale*, qui comprit cette partie du col prolabée dans le vagin; cavité abdominale débarrassée du sang. Drainage vaginal avec de la gaze. Fermeture complète, à trois étages, du ventre. Pas d'altérations visibles de la paroi utérine à l'examen microscopique. Il faut peut-être rapporter à une contamination des anses intestinales prolabées dans le vagin les accidents fébriles (jusqu'à 39° le soir) que présenta la malade. D'ailleurs, *guérison satisfaisante.*

Obs. 3. — .... 24 ans. Entrée le 24 janvier 1901. Rupture utérine *sub partu.* Hystérectomie vaginale totale. *Anamnèse.* 1[er] accouchement, enfant mort, suivi d'une forte hémorragie. Après l'accouchement, maladie qui dura 6 semaines. 2[e] grossesse terminée par un avortement à 3 mois. 3[e] grossesse, accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort. 4[e] grossesse, placenta prævia central avec hémorragie abondante. Après version et extraction de l'enfant mort, rupture complète du cul-de-sac vaginal postérieur, qui fut suturé. Dernières règles le 22 mai. Entrée à la Maternité le 23 janvier, à 8 heures du soir. Eaux écoulées; position transversale. Température avant l'accouchement, 39°,8. Version pénible. Extraction d'une petite fille morte. En décollant le placenta fortement adhérent, on constate une rupture du cul-de-sac postérieur et de l'utérus. *Examen actuel* dans le service de gynécologie : tout le cul-de-sac vaginal postérieur est déchiré, et une bonne partie du bord postérieur du col reste adhérent au cul de-sac. On ne put que péniblement saisir avec une pince de Museux le bord supérieur déchiré du col : sur l'utérus abaissé, on constata que la



déchirure transversale du col se prolongeait en haut sur la paroi postérieure de l'organe. Comme il s'agissait d'un utérus déjà contaminé, on fit l'extirpation *vaginale*. Les annexes non modifiées furent laissées *in situ*. A l'examen de l'utérus enlevé, on constata une déchirure transversale du col qui remontait sur la paroi postérieure au delà de l'orifice interne. La portion déchirée du col était mince et contenait beaucoup de tissu connectif, effet de la rupture ancienne. Dans l'utérus, restes de placenta et des membranes. Le jour après l'opération, température : 38°,4, 38°,2, 38°,1, puis normale. *Guérison*.

Obs. 4. — ... 40 ans, entrée à la Maternité le 27 août 1897 vers 6 h. 30 du soir. 9e accouchement. Accuse une hémorragie ayant débuté chez elle. A l'hôpital, l'hémorragie cesse. Orifice externe n'admet qu'un doigt. A 10 h. 10 le soir, hémorragie forte. A l'examen externe, on constate que la tête fœtale est à gauche de la matrice. Saisie facile d'un pied et extraction de l'enfant. A l'examen de la cavité utérine avec la main, constatation d'une rupture latérale, complète, gauche à travers laquelle on retire le placenta passé dans la cavité abdominale. Pendant les préparatifs à une opération, tamponnement de l'utérus et du vagin. Pouls de plus en plus mauvais. Patiente en collapsus. *Laparotomie*, en seminarcose. Comme la déchirure allait du fond *jusqu'à l'orifice interne seulement et que la femme était très anémique*, on fit *un Porro pour opérer dans un minimum de temps*. Le tube élastique fut placé le plus bas possible au-dessous de la déchirure, l'utérus amputé, et le moignon extra-péritonéal fixé dans la plaie abdominale par des sutures à la soie. La température, pendant la mortification du moignon, s'éleva jusqu'à 38°,5 le soir. Dans l'ensemble, *guérison régulière*.

Obs. 5. — ... 37 ans. Venue de la Maternité le 19 août 1901, à 10 heures du matin. Anamnèse : 8 accouchements antérieurs, dont 3 prématurés. Le dernier accouchement, 2 années avant. Menstruation toujours régulière. Dernières règles, il y a 8 mois. Il y a 5 ans, la femme a subi dans un hôpital la laparotomie, mais elle ne sait pour quelle maladie. La cicatrice s'étend de l'épigastre au nombril. Lors de son entrée au service de gynécologie, la rupture utérine était faite.

Chez elle, après des douleurs fortes, conquassantes, qui duraient depuis plusieurs heures — douleurs si fortes, qu'à plusieurs reprises la parturiente perdit connaissance, — le travail s'arrêta brusquement.

La femme s'affaiblit de plus en plus. D'où son transfert à cause de l'affaiblissement et de l'hémorragie survenue. 15 heures se seraient écoulées entre le moment de la rupture utérine (arrêt brusque du travail) et l'arrivée en gynécologie de la parturiente.

Examen actuel. — Malade très anémiée, pouls irrégulier, faible, 100 à la minute. Ventre très météorisé, partout sensible à la pression. De l'épigastre au nombril, l'ancienne cicatrice. Prolapsus du bras droit au dehors du vagin ; le bras est très tuméfié. Toutes les autres parties fœtales sont dans la cavité abdominale, et repoussent à droite l'utérus. Tête fœtale dans la région inguinale droite, siège dans la région inguinale gauche. Par le vagin, hémorragie modérée. Dans les régions inguinales, à la percussion, matité. Pas de douleurs. Il s'agit incontestablement *d'une rupture utérine complète, avec passage presque entier du fœtus dans la cavité abdominale et complication d'hémorragie interne.* Laparotomie immédiate. Le ventre ouvert, on trouve aussitôt, au niveau de la ligne médiane, le placenta totalement décollé, que recouvraient les anses intestinales; on l'enlève de suite. Dans la cavité abdominale, il y a beaucoup de sang liquide mélangé de méconium. Tout l'enfant est dans la cavité abdominale, à l'exception du bras et de l'épaule droite, le bras étant dans le vagin et l'épaule enclavée dans le petit bassin. Elle emplit le ligament large gauche, ce qui contribue à tamponner partiellement la déchirure. L'enfant mort fut extrait immédiatement, c'était un garçon à terme. L'utérus saisi avec une pince de Museux et attiré au niveau de l'ouverture abdominale, on constata que les délabrements étaient tels qu'il était impossible de suturer la déchirure et de maîtriser sûrement l'hémorragie, si l'on n'enlevait pas en totalité l'organe lésé. De fait, la vessie et le cul-de-sac vaginal antérieur étaient complètement séparés de l'utérus, en suite de quoi le tissu connectif paravésical était très dilacéré et infiltré de sang. En outre, il y avait à gauche *une déchirure du col, qui remontait à 5 centimètres au-dessus du point d'entrée de l'artère utérine.* Bords de la déchirure très irréguliers. Il y avait aussi rupture du ligament large dans toute son étendue, de l'utérus au point où l'artère spermatique interne croise la ligne

innominée. Dans le tissu connectif dilacéré du ligament large, des vaisseaux saignants qui furent immédiatement pincés. Alors, ligature des parties supérieures du ligament large. Puis, par le cul-de-sac utéro vésical déchiré, introduction dans le vagin d'une pince, sous le contrôle de laquelle le cul-de-sac postérieur est ouvert. Cela fait, saisie facile des ligaments larges, application de chaque côté d'une pince Doyen, ablation rapide de l'utérus, et alors seulement pincement successif des vaisseaux. Pas d'hémorragie. L'hémostase assurée, injection sous-cutanée. Drainage au moyen d'une bande de gaze, allant du bassin dans le vagin. Guérison régulière.

« Aû total, écrit l'auteur, *cinq ruptures de l'utérus, auxquelles furent appliqués trois procédés opératoires différents*: *a*) *hystérectomie abdominale totale*, 3 ; *b*) *Porro*, 1 ; *c*) *hystérectomie vaginale totale*, 1. Ces divers procédés opératoires donnèrent un très bon résultat et *ce ne fut pas un hasard !* »

*
* *

Après avoir très soigneusement analysé les périls qu'entraîne la rupture de l'utérus, Kolomenkin formule la proposition suivante : l'objectif de toute thérapie rationnelle dans les ruptures utérines, c'est de combattre : 1° L'HÉMORRAGIE *a*) *primitive* et *b*) *secondaire* ; 2° LA SEPTICÉMIE *a'*) *caractérisée* et *b'*) *latente* (1) ; avec ce corollaire : « *les plaies, dans une rupture utérine, sont presque toujours infectées* ».

---

(1) En ce qui concerne l'*hémorragie*, on sait bien, ainsi que le note l'auteur, que l'hémorragie primitive ne tue qu'assez rarement la femme ; que, le plus souvent, la parturiente se remet du premier shock et de l'hémorragie primitive ; que c'est, précisément, au moment où elle est un peu remise, que le pouls est un peu relevé, que l'hémorragie *secondaire*, à l'occasion d'un mouvement imprudent, parfois d'une manœuvre thérapeutique (irrigation, tamponnement), survient, donnant comme le coup de grâce à la malade épuisée. Les *sources de l'hémorragie* sont : 1° l'aire placentaire se contractant mal ; 2° la déchirure utérine ; 3° les lésions de voisinage, celles du paramétrium en particulier, qui, suivant l'auteur, sont celles qui saignent le plus abondamment (grande laxité du tissu cellulaire des ligaments larges, qui favorise la produc-

craindre si l'on enlevait l'utérus par l'abdomen, en l'enlevant au contraire, une fois les parties supérieures des ligaments larges et les vaisseaux saignants liés, par le vagin, méthode combinée ou *hystérectomie abdomino-vaginale totale*, procédé opératoire qui, récemment, a été employé avec succès dans quelques cas. C'est un procédé également utile, mais qu'on doit exclusivement réserver aux cas dans lesquels la cœliotomie est nécessaire, soit parce qu'il y a hémorragie, soit parce que l'enfant est passé dans le ventre. Dans tous les autres cas, il est à écarter à cause de sa longueur d'exécution. Une méthode opératoire recommandable quand il y a septicémie caractérisée, c'est l'*hystérectomie vaginale totale*. Grâce à elle, le tissu infecté n'entre pas en contact avec la cavité abdominale, tout au plus avec le péritoine du petit bassin. C'est là une bonne condition de prophylaxie d'une péritonite septique. L'opération est de courte durée, les conditions de drainage sont bonnes. Mais il n'est pas toujours possible d'apprécier, avant l'intervention, l'état et l'importance des lésions, et d'arrêter exactement l'hémorragie. L'extirpation est terminée, les ligaments larges sont liés, cependant le sang peut continuer de couler, et souvent il se forme un hématome dangereux par lui-même ; d'autre part, lorsque l'hémorragie est médiocre, des suppurations peuvent ultérieurement se produire, entraînant les dangers d'une septicémie généralisée ou d'une rupture dans la cavité abdominale avec ses conséquences. Aussi, ce procédé ne saurait-il être applicable avec sécurité que dans les cas où les risques d'une hémorragie secondaire sont minimes (plusieurs heures se sont écoulées depuis le moment de la rupture, le siège des déchirures paraît exclure des lésions du paramétrium).

Telles sont, dit l'auteur, les opérations radicales justifiées le plus souvent par les conditions pathologiques qui accompagnent les ruptures utérines ; il est pourtant des cas dans lesquels des conditions moins grosses de périls sont justiciables de procédés moins agressifs, plus conservateurs : par exemple, de la *cœliotomie combinée avec la suture de la plaie*

général de chirurgie, *on ne doit pas suturer des plaies infectées*, sous peine de suppuration, suppuration, dans l'espèce, grosse de conséquences, mettant en péril la vie de l'accouchée; qu'il ne faut pas non plus suturer des plaies à bords trop déchiquetés, trop contus, sous peine de cicatrices défectueuses, exposant plus encore que les cicatrices régulières de la césarienne, des périnéorraphies, à de nouvelles ruptures ; — c'est dire que cette méthode ne peut être que d'une application fort restreinte.

Conclusions : 1° L'hystérectomie abdominale totale est la plus efficace pour le double but à atteindre : maîtriser et prévenir l'hémorragie, combattre la septicémie caractérisée et latente.

2° L'hystérectomie abdomino-vaginale totale permet de combattre l'hémorragie aussi sûrement que la première méthode, mais elle a l'avantage, au cas de septicémie intra-utérine bien caractérisée, de prévenir plus sûrement l'infection.

3° Le Porro peut seulement, dans quelques cas, suffire pour l'hémostase, mais il résout très incomplètement la question de l'asepsie.

4° L'hystérectomie abdominale sub-totale permet de contrôler et de maîtriser très exactement l'hémorragie ; mais, comme la méthode précédente, elle n'écarte pas les dangers d'une septicémie.

5° L'hystérectomie vaginale totale est excellente, relativement à la prophylaxie d'une infection ; mais elle ne garantit pas assez contre les dangers de l'hémorragie secondaire, surtout au niveau du paramétrium.

6° La laparotomie et la suture sont très suffisantes pour l'hémostase; mais, sous le rapport de l'infection, la méthode est plus dangereuse que toutes les autres.

« *Nous ne nous prononçons*, écrit l'auteur, *exclusivement pour aucune de ces méthodes*, *parce que chacune d'elles*, *comme il a été montré ci-dessus*, *est applicable dans des con-*



ditions convenablement choisies. L'évolution clinique et les autres conditions dans les ruptures utérines sont multiples, aussi, faut-il, dans chaque cas, s'efforcer de choisir le procédé qui y répond le mieux. Toutefois, on est en droit d'affirmer, d'après ce que l'on sait à présent de l'état des plaies et des autres conditions dans les ruptures utérines, que l'hystérectomie abdominale totale est indiquée dans la plupart des cas, etc. (1). »

* * *

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur s'efforce d'établir, le plus exactement possible, la valeur relative des différentes méthodes thérapeutiques appliquées aux ruptures utérines, en utilisant, outre ses observations personnelles, diverses statistiques (de Klien, E. Schrœder, Schmidt, Braun, Dechner, Tauffer, Ludwig, Varnier, Draghiesco, Franz). Et, à ce propos, il revient sur une remarque déjà faite bien des fois, relativement au vice des statistiques dressées avec l'ensemble plus ou moins complet des faits publiés dans la littérature médicale (vice qui tient à la tendance trop naturelle à publier surtout les faits heureux). Ce qu'il faut, ce sont des *séries bien continues* de faits, c'est-à-dire comprenant, *sans lacune*, les faits heureux et malheureux (*Serienstatistik*). Il rappelle, en outre, que, lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur réelle de méthodes thérapeutiques, il convient de grouper convenablement des faits comparables et, surtout, de soumettre les résultats à une analyse critique minutieuse, de façon à bien montrer s'il existe ou non un *rapport de causalité entre les résultats enregistrés et le procédé thérapeutique appliqué*; par exemple, un cas a été traité par la cœliotomie et la suture, il y a eu *décès !* Eh bien, est-on en droit d'enre-

(1) Ici, l'auteur discute de la meilleure manière d'extraire le fœtus, la rupture utérine étant accomplie. Or, toutes les spéculations sur ce point se résument en somme à ceci : l'extraction par les voies naturelles doit être exclusivement réservée aux rares cas dans lesquels elle est réalisable sans nouveau *trauma* notable.

gistrer, sûrement, le décès au passif de cette méthode, ou bien une circonstance, tout à fait indépendante d'elle, n'est-elle pas intervenue, qui, *a priori*, frappait d'impuissance toute thérapie? C'est ainsi que, reprenant chiffres et conclusions d'un travail récent et considérable de Klien, favorable plutôt à la méthode conservatrice, c'est-à-dire au traitement soi-disant obstétrical (traitement par la voie basse, etc.), Kolomenkin a montré que ces mêmes chiffres, soumis à ce contrôle minutieux de critique, conduisent à des résultats différents de ceux de Klien.

En fin d'analyse, il arrive aux conclusions complémentaires suivantes :

1° En principe et en fait, il n'existe pas de différence essentielle entre les ruptures complètes et incomplètes ;

2° En théorie comme en pratique, le traitement opératoire fournit un résultat de beaucoup supérieur à celui de la méthode conservatrice ;

3° Aussi faut-il, lorsque les conditions extrinsèques le permettent, écarter celle-ci en faveur du premier;

4° La cœliotomie avec suture de la déchirure entache jusqu'ici, et très fortement, les résultats de l'intervention chirurgicale ;

5° Aussi, cette méthode ne doit-elle être appliquée que dans des conditions très précises (*certitude quasi-absolue de la non-infection de la plaie* ; lèvres de la déchirure non trop contuses, etc.) ;

6° C'est l'hystérectomie abdominale totale avec drainage par le vagin qui a fourni les résultats les meilleurs ;

7° Il ne s'ensuit pas que cette méthode doive être exclusivement employée ; suture, hystérectomie vaginale et Porro ont aussi leurs indications, bien que plus restreintes ;

8° Non seulement l'intervention chirurgicale aussi hâtive que possible, mais aussi le choix judicieux du procédé opératoire approprié à chaque cas permettent d'espérer une amélioration toujours croissante des résultats : jusqu'à quel degré, l'avenir le dira.

*
* *

Une autre monographie récente et intéressante sur ce même thème du *traitement des ruptures utérines* est due à P. Zweifel (Leipzig). L'auteur esquisse d'abord, très rapidement, les variations, l'évolution du traitement depuis qu'on a pensé, et cela surtout depuis l'ère antiseptique, qu'il y avait mieux à faire que l'ancien traitement obstétrical. (M. Sims conseille le drainage de la cavité abdominale ; K. v. Braun pousse, à travers la déchirure, jusque dans le ventre, un drain en T ; K. Schrœder essaye de la laparotomie combinée avec la suture de la déchirure et la toilette de la cavité péritonéale, qu'il débarrasse du sang épanché, mais la constance des insuccès le fait revenir au drainage au moyen d'un tube en T ; au commencement de l'année 1880 se produisent plusieurs plaidoyers en faveur du drainage ; mais, peu à peu, apparaissent plus fréquemment dans la littérature médicale des relations de cœliotomies, d'amputations supra-vaginales et d'hystérectomies totales suivies de succès.) Ici, l'auteur, comme Kolomenkin, prend à parti Klien, lequel, ainsi qu'il a été dit plus haut, à la suite d'une enquête laborieuse et d'un travail considérable (1), se déclare partisan convaincu du *traitement par la voie basse avec drainage* au moyen d'un drain en T. Il lui reproche en particulier de n'avoir pas, *pour l'appréciation de la valeur thérapeutique des méthodes*, groupé les cas comme il convenait ; d'avoir, par exemple, négligé, *à ce point de vue*, la distinction, très importante, en ruptures *a*) complètes et *b*) incomplètes, les premières créant des dangers énormes d'infection : ainsi, Klien rapporte 42 cas de ruptures traitées par le drainage ayant donné lieu à 7 morts, soit une mortalité de 17 p. 100 seulement. Or, si l'on élimine de ce nombre les ruptures incomplètes, soit 11, on voit que les autres 31 restent avec ce même nombre de décès, et que du coup la mortalité s'élève à

(1) Traitement opératoire et non opératoire des ruptures de l'utérus, portant sur 367 cas publiés dans les vingt dernières années. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXII, p. 103.

22,6 p. 100, ce qui, au lieu de fortifier une conclusion en faveur du drainage, montre plutôt que les *ruptures incomplètes comportent un pronostic beaucoup plus favorable que les complètes*. L'importance de cette distinction ressort encore d'un travail de Schmidt (assistant à la clinique de Schauta), qui a de très peu précédé la publication du travail de Klien : un total de 49 ruptures complètes, survenues dans les cliniques de K. von Braun, Olshausen, Winter, Tauffer, Chrobak et Schauta, et traitées par le drainage, donna lieu à une mortalité de 61 p. 100 (3 à 4 fois plus élevée que celle consignée par Klien), tandis que la mortalité des ruptures *incomplètes*, également traitées par le drainage, ne fut que de 27,3 p. 100. Comme Kolomenkin, Zweifel n'estime éléments d'appréciation valables que les statistiques dressées avec des séries, *continues*, de faits observés dans des maternités.

Du 1er janvier 1888 au 31 décembre 1902, il fut observé à la clinique de Leipzig 28 cas de rupture utérine. De ce nombre, un est écarté, celui d'une femme morte au cours d'une attaque d'éclampsie, la rupture utérine n'ayant été constatée qu'à l'autopsie. Mais, aux autres 27, l'auteur ajoute 2 observations recueillies à la clinique d'Erlangen. Au total 29 cas, se subdivisant en ruptures : *a*) *complètes*, 24 ; *b*) *incomplètes*, 5.

Des 29 femmes, 16 sont mortes, mortalité moyenne 55 p. 100, qui pour les ruptures complètes s'éleva à 62,5 p. 100. Mais les faits méritent d'être examinés individuellement ; ainsi, 5 femmes furent tuées par l'hémorragie, avant que le médecin de la policlinique ait eu le temps d'arriver chez elles. Ces faits d'hémorragie en quelque sorte foudroyante ne peuvent, en somme, servir qu'à se rendre compte des dangers énormes que font courir aux femmes les ruptures utérines, dangers tels qu'au cas de rupture traumatique 1/5 à 1/4 des malades meurent avant d'avoir pu être secourues d'une façon quelconque.

Modes de traitement et résultats. — Il y a donc eu 24 ruptures complètes, nombre qui, après défalcation des 5 cas de mort par hémorragie suraiguë, se réduit à 19 : 3 fois on plaça un drain en caoutchouc, il y eut une guérison ; 3 fois, on ne

fit aucun traitement, il y eut 3 morts ; dans un cas, suture par en bas et tamponnement, mort ; hystérectomie supra-vaginale 2 fois : 1 guérison, 1 décès. Viennent ensuite 9 cas, dans lesquels on se borna, après cœliotomie, à la suture *exclusive* de la séreuse, et un cas de déchirure du fond de la matrice, où musculeuse et séreuse furent suturées par le ventre ; en outre, dans ces 10 cas on débarrassa très soigneusement la cavité abdominale du sang qu'elle contenait : on compta 8 guérisons et 2 morts, soit une mortalité de 20 p. 100. Dans un cas, on dut renoncer, après des tentatives laborieuses, à pratiquer la suture de la séreuse, trop déchirée et trop friable. On débarrassa néanmoins le ventre de tout le sang épanché ; mais la femme mourut de péritonite généralisée, septique, au 7e jour.

En ce qui concerne le *traitement conservateur par la voie basse, associé au drainage*, que Klien vient encore de chaudement recommander, P. Zweifel rappelle qu'il l'avait lui-même fortement défendu jadis, mais qu'à l'heure actuelle, expérience faite, il ne l'admet que comme *pis aller*, quand, pour diverses raisons des traitements plus radicaux sont inapplicables, et parce que *tout vaut mieux que ne rien faire*. « A la *nécropsie* de toute femme morte de rupture utérine, on se rend bien vite compte, écrit l'auteur, que le tube à drainage, si gros qu'il soit, ne peut drainer les caillots sanguins contenus dans le ventre ; que l'envahissement de ces caillots par les germes de la putréfaction oriente le cas vers une issue mortelle. Le tube à drainage peut évacuer seulement le sérum sanguin exprimé des caillots, et au plus pendant les 24 premières heures ; car, après, les exsudats s'enkystent dans le ventre, en sorte que des parties supérieures de l'abdomen rien ne vient plus jusqu'au drain (1). »

(1) P. Zweifel, ainsi qu'il est noté, ne proscrit pas formellement le traitement conservateur combiné avec le drainage. Le drainage vaut mieux que l'inaction, et il est à la portée de tout praticien. Quand une rupture utérine, dit-il, se produit *à domicile, à la campagne*, le diagnostic fait, il faut d'abord attendre et voir si la femme surmonte le premier et grand danger. Si la femme s'affaiblit rapidement, il ne sau-

Ce sont les insuccès enregistrés qui, ultérieurement, l'ont conduit à pratiquer, dans un cas de rupture utérine, l'amputation de l'utérus gravide (opération de Porro), qui, malheureusement, fut suivie d'insuccès. Il en était là, lorsqu'en 1896 une femme fut apportée à la clinique, dans un état si pitoyable qu'on n'opéra que pour ne pas la laisser mourir non accouchée : enfant et placenta étaient passés dans la cavité abdominale. Ces conditions, ainsi que la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire obstruant la voie génitale, imposèrent la laparotomie. La cavité abdominale fut rigoureusement nettoyée, *le sang étanché jusqu'à la dernière goutte*, le kyste dermoïde enlevé, mais on laissa *non suturée la déchirure*, qui était tout à fait cachée dans le cul-de-sac vésico-utérin : *la femme guérit.* « Cette observation, ajoute l'auteur, m'encouragea à pratiquer, à partir de ce moment, *systématiquement, la laparotomie chez toute femme atteinte de rupture complète, c'est-à-dire pénétrante, mais naturellement dans le décubitus horizontal et non en position élevée du siège* ; *de lier les vaisseaux*

---

rait évidemment être question de transfert. Sur lieu et place, il faut faire ce qui est nécessaire en cas d'imminence de mort par hémorragie : chercher les vaisseaux déchirés et arrêter l'hémorragie. On peut, au cas de rupture complète, réussir comme lorsqu'il s'agit de déchirures profondes du col : appliquer exactement sur les bords de la déchirure de longues pinces, de façon que l'hémorragie ne soit plus possible. Le premier danger — hémorragie profuse — a-t-il été heureusement traversé, s'est-il écoulé une heure environ depuis le moment de l'accident, le mieux, au cas de possibilité, est de faire transférer la malade dans une clinique, dans une maison de santé, où l'on pourra suturer le péritoine et réaliser la toilette rigoureuse de la cavité abdominale. Dans le cas seulement où cela est irréalisable, le drainage reprend ses droits ; on met donc un drain, et l'on place la femme avec la tête plus élevée de façon à favoriser l'afflux vers le drain du sérum sanguin diffusé dans le ventre. Cela fait, on administre de la solution salée physiologique par la peau ou par le rectum, et l'on donne de l'eau à boire de façon à relever la tension dans le milieu sanguin, seule façon d'obtenir l'écoulement par le drain, dans les premières heures, de tout le sérum sanguin épanché. Le conseil de placer la femme avec la tête plus élevée va à l'encontre de celui — classique — de mettre tête basse tout sujet qui a perdu beaucoup de sang ; aussi, ne faut-il le suivre que lorsque tout danger d'hémorragie grave est passé.

saignants, d'enlever le sang de la cavité abdominale, et cela tout à fait, jusqu'à la dernière goutte (1), *puis de suturer en plis la séreuse au-dessus de la déchirure ; par contre, et de parti pris, de laisser la musculeuse utérine, lorsqu'elle ne saigne pas, non suturée* (2). »

Les principes de cette intervention sont donc : *a*) *transformation des ruptures complètes en ruptures incomplètes*, le pronostic de ces dernières étant beaucoup moins sombre, 1 seule mort (et par hémorragie profuse) sur les 5 cas observés par l'auteur ; *b*) *enlèvement de tout le sang, jusqu'à la dernière goutte, susceptible de fournir un bon milieu de développement aux germes de putréfaction.*

Mais *cette suture exclusivement séreuse*, ayant le désavantage de laisser à sa suite, dans la paroi utérine, une cicatrice déprimée, grosse de dangers au cas d'accouchements futurs, l'auteur, pour parer à ces périls, a coutume, ainsi qu'il est noté plus haut, de produire l'imperméabilité des trompes par le procédé spécial, décrit ci-dessus, qui, le cas échéant, permettrait la restitution *ad integrum* et la restauration de l'aptitude à la fécondation. Des faits qu'il a observés, P. Zweifel garde l'impression que *la chose essentielle dans les ruptures de l'utérus, c'est de s'efforcer de prévenir la septicémie péritonéale.*

Dans toute clinique, dans toute maternité, dans tout milieu suffisamment muni en aides et en matériaux indispensables, le traitement de toute *rupture utérine complète* devrait donc être, suivant P. Zweifel : laparotomie, suture *exclusivement séreuse* au-dessus de la déchirure utérine, de façon à transfor-

(1) Il faut enlever le sang jusqu'à la dernière goutte. Cela n'est pas toujours facile, et l'auteur conseille, pour le diriger des parties élevées de l'abdomen vers les parties inférieures, de fermer momentanément avec les pinces le ventre et de redresser à plusieurs reprises la malade endormie. C'est également pour éviter la diffusion du sang vers les hypochondres, au cours de l'opération, qu'on adopte le décubitus horizontal et non la position à la Trendelenburg.

(2) Ceci, parce que toute déchirure utérine doit, en général, être tenue pour infectée, et que, d'après les règles générales de l'antiseptie, il ne faut pas suturer les tissus infectés.

mer la rupture complète en incomplète : enlèvement, *jusqu'à la dernière goutte*, du sang épanché dans le ventre ; et comme précaution complémentaire, pour prévenir les dangers, au cas de grossesses futures, inhérents à la cicatrice défectueuse, stérilisation de la femme.

⁂

De l'ensemble des travaux que nous venons d'analyser, il ressort qu'il serait de beaucoup préférable de traiter chirurgicalement les ruptures de l'utérus, et que, dans ces cas, la pire des choses, c'est l'inaction. Mais l'on voit que ce traitement chirurgical est compris de diverses façons, et qu'il va de l'hystérectomie totale à la suture *exclusive*, après cœliotomie, de la séreuse déchirée, etc. ; on a, d'ailleurs, l'impression très nette que la technique opératoire ne peut être toujours la même, les conditions qui s'offrent au chirurgien étant fort diverses, et des conditions insuffisantes du milieu pouvant, par elles seules, en certains cas imposer le traitement conservateur, obstétrical.

Traitement auquel, d'ailleurs, les hasards de la clinique accordent parfois des succès extraordinaires, comme, par exemple, dans ce cas que nous eûmes l'occasion d'observer en 1884 dans le service du professeur Pajot, cas qui nous inspira le sujet de notre thèse, et qui nous conduisit alors à penser qu'avec une bonne antisepsie on allait triompher de tous les accidents infectieux, puerpéraux, ou être à même de les prévenir. Succès encore du traitement obstétrical dans 2 cas observés vers la *même époque* par le professeur Tarnier, etc. Mais succès en face desquels se dresse la terrible série, série noire, *observée* par Varnier, et qui le décida à adopter résolûment le traitement chirurgical.

En 1894, nous reprîmes la question à l'occasion de l'intéressant et considérable travail de Merz, dont les conclusions vers un traitement plus actif étaient plus précises. Mais, ici, nous trouvons très recommandée la *suture soigneuse de la plaie utérine*, suture qui, dans un cas particulièrement inté-

ressant et grave (déchirure double et complète de l'utérus) avait été suivie d'un succès parfait. Or, depuis, les faits bien observées tendraient, au contraire, à démontrer que, conformément au principe général de chirurgie qu'il ne faut pas suturer les plaies infectées, la suture *complète* de la plaie utérine n'aurait fait que compromettre plutôt les résultats du traitement chirurgical et qu'il n'y faudrait recourir que très exceptionnellement (quasi-certitude de non-infection, état convenable des lèvres de la plaie). Qu'enfin, d'après P. Zweifel, la suture doit se réduire à la suture de la déchirure séreuse, combinée avec l'assèchement de la cavité abdominale, *jusqu'à la dernière goutte de sang diffusé*. Ainsi donc, de grandes tendances vers un traitement chirurgical des ruptures utérines s'accusent; mais, pour dire vrai, l'orientation dans ce sens n'est pas unanime : pour le prouver, il suffit de rappeler que Klien, dont le travail important a été cité à maintes reprises au cours de cette revue, reste fidèle au *traitement par la voie basse avec drainage*, et que, dans un travail relativement récent, O. Franqué (de Wurtzbourg) résume pour le praticien la conduite à suivre, dans le cas de rupture accomplie, comme suit : accouchement par les voies naturelles; bandage compressif du ventre, simple drainage avec un drain ou avec une mèche iodoformée. *Adhuc sub judice lis est !* La solution reste donc encore incluse dans la leçon des faits — mais des faits accumulés et judicieusement interprétés.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Draghiesco et Cristeanu, *Annales de gynéc. et d'obst.*, février 1902, p. 103. — Franqué (O.), *Cent. f. Gyn.*, 1902, n° 13, p. 335. — Hartmann (H.), *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1901, p. 280. — Ivanoff, *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1903, p. 341. — Klien, *Arch. f. Gyn.*, Bd LII, p. 103. — Kolomenkin, *Monatsch. f. Geb. u. Gynæk.*, mars 1903, p. 345; avril, p. 496. — Labusquière (R.), Thèse, Paris, 1884; et *Annales de gyn. et d'obst.*, août 1894, p. 1. — Mikhine, *Ibid.*, mai 1902, p. 403. — Varnier (H.), *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1901, p. 249. — Zweifel (P.), *Beiträge z. Geburtsh. u. Gyn.*, Bd VII, Hft. 1.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 9 février 1903.

MM. Bender et Theuveny. — **Un cas de rupture de la symphyse pubienne au cours d'une basiotripsie.** — Il s'agit d'une femme primipare, entrée à la Maternité, dans le service de M. Porak, le 12 octobre 1902, et chez laquelle a eu lieu, au cours d'une basiotripsie dans un bassin rétréci, une rupture de la symphyse pubienne, avec déchirure de la paroi antérieure du vagin sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ.

Sacrum peu concave, avec un faux promontoire au niveau de l'union de la 1re et de la 2e sacrée, à 10 cm. 2 du sous-pubis. Le diamètre P. S. P. est de 10 cm. 6. Bassin symétrique.

On ne remarque aucun relâchement, ni écartement notable des deux pubis ; la femme, interrogée plus tard, ne se rappelle pas avoir jamais souffert de ce côté et n'a jamais eu aucune maladie ayant pu retentir sur sa symphyse pubienne.

Au moment de pratiquer la symphyséotomie, la femme se cyanose ; la respiration s'arrête, et pendant les 4 minutes de respiration artificielle les bruits du cœur fœtal disparaissent. On pratique la basiotripsie. Perforation et application des cuillers et broiement faciles. La tête toutefois est extraite avec beaucoup de difficulté ; le tronc suit facilement. Délivrance artificielle immédiate. Le col présente une déchirure du côté gauche, sur une longueur de 2 centimètres. Injection intra-utérine et tamponnement.

Au moment de commencer celui-ci, on trouve une déchirure médiane de la paroi antérieure du vagin, déchirure partant à 1 centimètre en arrière de la vulve, se dirigeant vers la gauche et en arrière, sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ. En passant le doigt à travers la déchirure, on constate un écartement des deux pubis, entre lesquels on place très facilement le doigt, et qui

semble être de 4 centimètres. On ne peut apprécier si la disjonction est intrasymphysienne, ou si elle siège entre l'un des fibrocartilages et le pubis correspondant. Aucune douleur au niveau des symphyses sacro-iliaques. On ne suture pas la déchirure vaginale ; tamponnement utéro-vaginal. Bandage de flanelle très bas placé et très serré.

Suites de couches régulières.

Le 20e jour, l'écartement symphysien n'est plus que de 1 cm. 5 environ ; il est comblé par du tissu dur, sans bourrelet notable, non douloureux. La plaie vaginale est cicatrisée linéairement, sans tissu scléreux environnant, sans adhérences. La contenance vésicale moyenne est de 180 grammes environ.

Il n'y a, de plus, aucune douleur à la marche, aucune claudication. La femme quitte le service le 18 novembre.

M. Aug. Broca. — **Rapport sur un mémoire de M. E. Delanglade, professeur à l'École de médecine, chirurgien des hôpitaux de Marseille, sur le genu recurvatum congénital.** — Une fillette, née au 8e mois et atteinte d'un spina bifida, succomba au bout de 10 heures dans le service de M. Queirel, où M. Delanglade put examiner complètement les membres inférieurs.

Des deux côtés, outre une flexion de la hanche, telle que les faces dorsales des pieds appuyaient contre les clavicules, l'aspect du genou était celui du genu recurvatum typique. En raison de cette bilatéralité, M. Delanglade a pu examiner chaque côté par une méthode différente : à gauche, par coupe longitudinale médiane après congélation ; à droite, par dissection.

Or, il a constaté très nettement que, des deux côtés, il y avait luxation incomplète du tibia en avant, avec une flexion antérieure dia-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Mais pour M. Broca, dans la genèse de la difformité, le déplacement articulaire est, quoi qu'on en ait dit, bien plus important que l'inflexion épiphysaire. L'attitude vicieuse était maintenue par la tension des parties molles antérieures, muscles et ligaments.

De cette étude anatomique, M. Delanglade avait conclu que l'on pourrait, dans les cas de ce genre, agir avec efficacité par la réduction, avec contention suffisamment prolongée pour modeler des surfaces articulaires congruentes. L'immobilisation devrait se faire à angle droit pour que la partie antérieure du cartilage con-

jugal, soustraite à toute pression, pût se développer et corriger la flexion dia-épiphysaire. Mais des manipulations répétées, ayant pour résultat l'allongement progressif des muscles et ligaments antérieurs, eussent été nécessaires pour préparer la réduction sans cela impossible.

Peu de temps après, en février 1902, M. Delanglade eut l'occasion de vérifier tout cela sur le vivant. Il eut à soigner, en effet, une fillette de 2 mois, chez laquelle il fit d'abord faire, du 24 février au 15 avril, des manipulations grâce auxquelles devint possible, par propulsion, la réduction, avec ressaut caractéristique, d'une subluxation du tibia en avant, d'ailleurs prouvée par la radiographie, et cela fait, la flexion à angle droit devenait possible. Mais, dès qu'on abandonnait le membre à lui-même, il reprenait, par brusque déclanchement, son attitude vicieuse ; aussi, le 18 avril, fut placé un appareil plâtré fixant la cuisse en flexion, abduction et rotation en dehors, le genou à angle droit, et, dès le 5 mai, l'appareil, ramolli par l'urine, ayant dû être enlevé, les genoux ne se déplaçaient plus spontanément, mais il persistait, à gauche surtout, une facilité à provoquer, par hyperextension, un peu de subluxation ; cela fut corrigé, le 4 août, par un nouvel appareil plâtré laissé 3 semaines en place.

M. Kirmisson. — Les autopsies de genu recurvatum sont très rares. Quelques observations ont été rapportées par Tarnier et par Barth, le chirurgien allemand, dans les *Archives de Langenbeck* ; il y avait dans ces cas subluxation en avant du tibia sur le fémur. Au point de vue du pronostic, M. Kirmisson ne partage pas l'optimisme de Guéniot et, dans les différents cas qu'il a observés, il n'a pas obtenu de résultats satisfaisants par aucune méthode de traitement. Une intervention consistant dans la section du triceps et sa réimplantation plus bas a été pratiquée par Julius Wolf. En résumé, le pronostic, au point de vue fonctionnel, n'est pas aussi favorable qu'on l'a dit, et le genu recurvatum est un vice de conformation difficile à guérir.

M. Pinard demande ce que deviennent les enfants qui présentent à la naissance ce vice de conformation et s'il y a beaucoup d'adultes chez lesquels il a été constaté.

M. Kirmisson a eu l'occasion de revoir, à l'âge de 2 ans, une petite fille chez laquelle il avait diagnostiqué un genu recurvatum à la Clinique Baudelocque ; elle ne pouvait arriver à la flexion complète de la jambe sur la cuisse.

M. Champetier de Ribes. — A-t-on opéré des adultes atteints de cette malformation ?

MM. Kirmisson et Broca n'en connaissent pas d'observation. Tous deux expriment le désir que M. le docteur Delanglade fasse connaître les résultats éloignés de la seconde observation qu'il a communiquée.

M. Aug. Broca. — **Rapport sur une observation d'amputation apparente des quatre membres chez un nouveau-né, par MM. le docteur Rudaux et A. Voisin, interne des hôpitaux.** — L'enfant pesait 3.350 grammes, son placenta pesait 550 grammes ; il n'a ni mains ni pieds ; chacun de ses membres se termine par un moignon.

En les étudiant séparément, on constate, du côté des *membres supérieurs*, que les bras sont normaux, les avant-bras existent, mais diffèrent à droite et à gauche, et il y a absence complète de main.

A droite, le radius et le cubitus paraissent avoir leur conformation habituelle, et l'extrémité inférieure du radius dépasse légèrement celle du cubitus.

L'avant-bras se termine par un moignon d'aspect rectangulaire, au niveau duquel on sent nettement les extrémités inférieures des os ; on y voit cinq dépressions cicatricielles, deux grandes : l'une interne, située à la face dorsale, au niveau de l'extrémité du cubitus ; l'autre externe, palmaire, correspondant à l'extrémité inférieure du radius.

Entre ces deux cicatrices, on en remarque trois autres sur la face antérieure : deux internes l'une au-dessous de l'autre, car elles correspondent, sur la face palmaire, à la cicatrice dorsale cubitale ; une autre est plus externe. Entre ces dépressions palmaires se trouve un mamelon charnu ; enfin un sillon profond sépare ce moignon de l'avant-bras. Les mouvements de supination sont conservés.

A gauche, le membre se termine par un tronc de cône ; tandis qu'on sent très nettement deux os à la partie supérieure de l'avant-bras, on n'en sent qu'un seul à la partie inférieure, soit qu'il y ait eu fusion des deux os à la partie moyenne, soit qu'il y eût absence partielle d'un des os, du radius probablement.

Le moignon présente également sur sa face antérieure et interne un sillon et sur la face postérieure une cicatrice parallèle au sillon.

. . .

Il se termine par trois mamelons : l'un, postérieur, correspond à l'extrémité osseuse ; les deux autres, antérieurs, sont charnus.

Quant aux *membres inférieurs*, ils sont à peu près semblables, la jambe gauche ayant quelques millimètres de plus que la jambe droite. Ils ont tous deux sur la face postérieure un sillon se prolongeant sur la face interne, sillon qui limite un bourgeon charnu et qui correspond à une légère dépression cicatricielle sur la partie antéro-interne de la face antérieure ; cette dépression est plus accentuée à droite qu'à gauche.

A l'extrémité du moignon, on ne sent qu'un seul os terminé en pointe, le tibia probablement.

Cette malformation fœtale ne peut être considérée comme une amputation congénitale ; elle paraît due à une *absence de développement* des segments des membres qui donnent naissance aux mains et aux pieds.

M. Oui. — **Absence congénitale du vagin, hématométrie et hématosalpinx.** — Il s'agit d'une jeune fille qui n'aurait jamais été malade jusqu'à l'année dernière, époque à laquelle elle eut de très vives douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et vomissements verdâtres. Des troubles semblables se renouvelèrent tous les mois. Aucun trouble de la miction, ni de la défécation.

La vulve paraît tout d'abord normale. Les grandes et les petites lèvres ne présentent rien de particulier. Rien, non plus, à noter du côté du clitoris. On constate même la présence d'une membrane, très semblable à l'hymen, percée d'un orifice circulaire à bords légèrement frangés ; mais la distance qui sépare cette membrane de la fourchette est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

En introduisant une sonde dans l'orifice de ce pseudo-hymen, on constate qu''il s'agit du méat urinaire. La sonde, en effet, pénètre dans la vessie.

En avant de la fourchette, existe une très légère dépression de la muqueuse, insuffisante pour loger l'extrémité de l'index.

Par le toucher rectal, on arrive, *très haut*, sur une tuméfaction arrondie, de consistance un peu élastique. Le palper abdominal, pratiqué simultanément, permet de délimiter cette tumeur, grosse comme le poing. Une sonde, introduite dans la vessie, est sentie par le doigt introduit dans le rectum ; elle n'en est évidemment séparée que par une très faible épaisseur de tissus. Le *dia-*

gnostic porté est : *absence congénitale du vagin. Hématométrie.*

Opération le 4 janvier 1901. « Appuyant fortement l'index sur la petite cupule qui représente la fosse naviculaire, je sens le fond de la dépression s'effondrer sous le doigt, qui se trouve immédiatement dans un plan de clivage permettant le décollement facile des tissus. J'arrive ainsi, rapidement, à une assez grande profondeur et, à bout de doigt, je sens le museau de tanche, dont je suis séparé par une mince membrane. Je ne puis, cependant, arriver à saisir le col et je suis obligé, pour me donner du jour, de pratiquer une incision postéro-latérale de la vulve. La petite membrane qui se trouve en avant du col est alors perforée avec des ciseaux, et le col est saisi avec une pince de Museux. Dans le canal cervical j'introduis alors un petit dilatateur utérin. Une grande quantité de sang couleur chocolat s'écoule immédiatement au dehors.

Le vagin ainsi créé est alors fortement tamponné à la gaze iodoformée. L'incision vulvaire est suturée au crin de Florence.

Suites opératoires apyrétiques. La cavité vaginale, qui laisse écouler, pendant quelques jours, une certaine quantité de liquide séro-purulent, est maintenue dilatée par des tamponnements à la gaze iodoformée.

Les 29 et 30 janvier, écoulement sanguin, considéré comme étant l'écoulement menstruel.

Malgré les instances les plus pressantes, la malade sort de l'hôpital le 1er février. A ce moment, le vagin admet facilement un petit spéculum de Cusco.

Malgré les recommandations qui lui avaient été faites, cette jeune fille, une fois rentrée chez elle, ne voulut pas se soumettre aux manœuvres de dilatation qui lui avaient été conseillées.

Dès le 12 février, elle revenait à l'hôpital. Il ne restait plus, alors du vagin, qui avait été creusé le 4 janvier, qu'une dépression admettant la phalange unguéale de l'index. Au fond de cette dépression s'ouvrait un orifice très étroit, n'admettant même pas l'extrémité d'un hystéromètre. Je pus néanmoins arriver à glisser dans ce petit pertuis une fine laminaire, que je remplaçai le surlendemain par une laminaire plus volumineuse. Au bout de 15 jours de dilatation progressive, le doigt pouvait pénétrer assez profondément, mais sans arriver à atteindre le col. La malade quittait de nouveau l'hôpital sans vouloir poursuivre plus longtemps le traitement.

Tout alla bien pendant quelque temps. Il y eut même, au mois de mai, écoulement de sang par le vagin ; mais au mois de juillet se montrèrent, de nouveau, des symptômes péritonéaux : vives douleurs abdominales, vomissements, etc.

Dans les premiers jours d'août, le palper et le toucher rectal combinés me firent constater une augmentation considérable de volume de l'utérus, dont le fond remontait jusqu'à l'ombilic. Je proposai alors l'hystérectomie, qui fut acceptée par la malade et par la famille.

Nouvelle entrée à l'hôpital le 16 août. — Laparotomie le 17 août. Nombreuses adhérences épiploïques à toute la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges. Une fois ces adhérences décollées, on constate, outre l'hématométrie déjà diagnostiquée, un volumineux hématosalpinx gauche. Pendant les manœuvres faites pour libérer la trompe, celle-ci se rompt, laissant écouler un liquide couleur chocolat. Pincement et section du ligament large gauche, puis du ligament large droit. Les utérines sont toutes les deux pincées et le col sectionné transversalement. A ce moment, écoulement dans le péritoine, malgré la rapidité de la manœuvre, d'une grande quantité du sang contenu dans la cavité utérine. Nettoyage à sec du péritoine pelvien, puis de la cavité du col, qui est soigneusement touchée au thermocautère. Drainage sus-pubien.

Suites opératoires absolument normales. Le 15 septembre, la malade sort guérie.

J'ai eu, en juillet 1902, des nouvelles de cette jeune fille. Elle s'est, depuis l'opération, développée physiquement et intellectuellement et n'accuse aucun trouble dans sa santé.

La première conclusion qui semble découler de cette observation, c'est que j'aurais dû, au lieu de me contenter du conduit que je venais de creuser de la vulve à l'utérus, pratiquer une autoplastie. C'est, d'ailleurs, ce que j'avais pensé à faire, après avoir atteint le col de l'utérus. Je n'aurais pas manqué de faire l'autoplastie par le procédé de M. Picqué ou celui de M. Schwartz si la chose m'avait paru possible. Mais le col utérin était si élevé qu'on ne pouvait trouver dans les petites lèvres des lambeaux assez longs pour tapisser le néo-vagin jusqu'au col.

Dans ces conditions, je résolus de m'abstenir, comptant sur la dilatation faite régulièrement pour maintenir, sinon un conduit vaginal d'une grande largeur, tout au moins un trajet suffisant

pour l'écoulement du sang menstruel, résultat obtenu sans autoplastie par M. Tuffier dans un cas du même genre.

Malheureusement les séances de dilatation ne furent jamais faites, et le nouveau vagin s'oblitéra avec une rapidité extrême.

Dans ces conditions, après le résultat incomplet de dilatations progressives à la laminaire interrompues par une fugue de la malade, je ne pouvais guère songer à intervenir de nouveau par la voie basse. Il me paraissait permis de douter qu'un vagin de ce genre fût jamais fort utile à la reproduction et je ne me sentais nullement disposé à essayer de creuser un tunnel à travers une couche épaisse de tissu cicatriciel. La malade souffrait, elle avait présenté des accidents péritonéaux qui pouvaient devenir graves. Elle ne demandait pas autre chose que d'être débarrassée de ses douleurs. Je crus que, dans ces conditions, il ne me restait à faire que la castration totale.

De l'opération en elle-même, je ne parlerai que pour attirer l'attention sur un point de quelque importance.

Il ne pouvait guère être question d'une hystérectomie totale, qui m'eût obligé à aller chercher le col à l'aveuglette dans un tissu de cicatrice. Je dus donc pratiquer l'hystérectomie sub-totale, qui avait l'inconvénient d'amener le déversement dans le péritoine du contenu de la cavité utérine. C'est cette effusion sanguine dans la cavité péritonéale qui m'a déterminé à faire un drainage sus-pubien.

M. Pinard. — L'observation de M. Oui démontre que, lorsqu'il y a absence de vagin ou imperforation de l'hymen, on peut craindre l'hématométrie et l'hématosalpinx. Un autre fait mérite d'être noté, c'est que, malgré l'épanchement d'un liquide plus ou moins altéré dans le péritoine, il n'y a pas eu d'accidents septiques. Ce qui prouve que, parmi ces rétentions de sang dans les organes génitaux, les unes sont septiques, les autres aseptiques. La conduite tenue par M. Oui est rationnelle.

MM. C. Porak et C. Daniel. — **Appendicite calculeuse perforante après l'accouchement. Mort.** — Dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé qu'un nombre très restreint d'observations *d'appendicites déclarées après l'accouchement*, pendant la deuxième partie de la période puerpérale; et sur un total de 37 cas publiés, l'appendicite des suites de couches n'a été observée que

9 fois, soit 5,80 p. 100. Ce sont ces formes d'appendicite que certains auteurs ont essayé de grouper dans une catégorie à part, appendicites à pathogénie spéciale, le point de départ de l'infection étant supposé au niveau de la zone génitale.

Voici ces 9 cas :

2 cas publiés dans le travail d'Abrahams (1) :

Mundé.	2 jours après l'accouchement.
Cruicher	2 jours après un avortement de 2 mois.

5 cas publiés dans le mémoire de Pinard (2) :

Vinay (*Lyon médical*, 1898). . .	4 jours après l'accouchement.	
Budin (*in* thèse de Jarca, 1898). .	6 jours	—
Dieulafoy (*Clin. médicale de l'Hôtel-Dieu*).	20 jours	—
Vinay (*Lyon médical*, 1898). . .	20 jours	—
Lepage (Inédit)	28 jours	—

1 cas publié dans les *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* appartenant à :

Fieux. . . . . 27 jours après l'accouchement.

Vient enfin le 9e cas, observé à la Maternité :

Femme de 28 ans, primipare, apportée à la Maternité le 29 décembre 1902, à 5 heures du soir, ayant de la fièvre depuis 36 heures ; la malade dit n'avoir *jamais été malade*.

Les dernières règles datent du 1er au 5 mai 1902. Pendant les premiers mois, la grossesse n'a rien présenté de pathologique, sauf quelques vomissements dans les deux premiers mois. Le reste de la grossesse a été *absolument normal* ; la malade dit cependant avoir eu, dans la dernière semaine, quelques douleurs vagues dans le ventre, douleurs passagères prédominant surtout à droite et ressemblant à des coliques intestinales. Ces douleurs furent, bien entendu, mises sur le compte de la grossesse. La malade n'a eu ni douleur violente ou localisée dans le ventre, ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée.

Le *travail* s'est déclaré le 26 décembre 1902. La rupture des

(1) ABRAHAMS, *American Journal of obstetrics*, février 1897.

(2) PINARD, De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 22 mars 1898.

membranes a eu lieu le 27 décembre, à 9 heures du soir. L'*expulsion* du fœtus se présentant par le sommet a lieu le 27 décembre, à 9 h. 45. L'*enfant*, du sexe féminin, pesant 1.900 grammes, est venu vivant et vit encore.

La malade qui, avant et pendant le travail, n'avait présenté aucun trouble général sensible, dit-elle, et capable d'attirer son attention ou celle de la sage-femme, sauf un *endolorissement insignifiant à droite*, est prise de frissons répétés dans la nuit du 27 au 28 décembre. Le 29, l'état général, qui était bon la veille, s'aggrave ; elle arrive à 5 heures du soir, le 29 décembre, à la Maternité.

L'état général est des plus graves : T., 39°,4 ; P., 132 ; facies fatigué, langue saburrale. Urines non albumineuses.

Le ventre est légèrement tendu, sans qu'il y ait du ballonnement appréciable ; le palper de la région sus-ombilicale ne permet de déceler aucune altération locale. Quant au palper sous-ombilical, délicat à cause de la tension des muscles de la paroi, il permet de constater que l'utérus, légèrement porté vers la droite, est dur, indolore, situé à 3 travers de doigts de l'ombilic ; de chaque côté de cet organe, la paroi est douloureuse à la pression, *la tension des muscles étant plus marquée à droite*. La percussion ne révèle rien de spécial.

Au toucher vaginal, le col est entr'ouvert ; deux doigts introduits dans sa cavité peuvent ramener deux caillots, non fétides, gros comme une noix.

Le diagnostic porté est celui d'*infection puerpérale probable*. Nos arguments en faveur de ce diagnostic étaient l'apparition de la fièvre après l'accouchement, l'existence de frissons, l'existence de caillots dans la cavité utérine, le mauvais état général de la malade, le ventre tendu, l'immobilité partielle de l'utérus et la *douleur de chaque côté* de cet organe, enfin les commémoratifs : bonne santé pendant et surtout avant le début du travail, absence de renseignements sur l'état du délivre : accouchement et délivrance en ville.

Une première injection intra-utérine, *pratiquée le* 30 *décembre* (*le matin*), ramène très peu de débris. Le soir : T. s., 39°,2 ; P. s., 124. M. Daniel pratique à 7 heures du soir le curettage, qui permet de ramener de nombreux débris non fétides. L'opération est suivie de badigeonnage de la cavité utérine à la teinture d'iode et de pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

31 décembre. — T. m., 39°,4; P. m., 116. Ballonnement abdominal plus marqué. État général plus mauvais : yeux excavés, nez grippé, respiration fréquente. *Pas de vomissements*, ni de sensibilité exagérée de l'abdomen; le palper seul provoque de la douleur de chaque côté de l'utérus. Le toucher vaginal permet de sentir le cul-de-sac postérieur distendu par l'épanchement péritonéal. Le diagnostic de péritonite généralisée d'origine puerpérale est porté.

La malade meurt le 1er janvier.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un litre et demi de pus mal lié, très fétide. Péritonite purulente généralisée et *appendicite calculeuse perforante.*

Par son histoire clinique, cette observation vient donc prouver, une fois de plus, que, si l'apparition d'une complication fébrile accompagnée de frissons, avec douleurs abdominales et état général grave, chez une femme récemment accouchée, doit d'abord faire penser à l'infection puerpérale, il ne faut pas oublier aussi que des accidents abdominaux d'autre origine peuvent survenir chez les nouvelles accouchées, et l'on sait avec quelle fréquence les cas d'appendicites, d'occlusions intestinales, d'annexites et de cholécystites suppurées, sur lesquelles ont insisté tout récemment MM. Pinard et Potocki, peuvent venir troubler la puerpéralité.

M. Pinard. — Cette observation vient confirmer ce que disait récemment M. Potocki, à savoir qu'un certain nombre d'accidents fébriles des suites de couches pathologiques sont mis sur le compte de l'infection puerpérale, alors qu'ils dépendent d'autre chose. Aussi est-il nécessaire d'observer de très près les suites de couches pour poser un diagnostic.

On peut se demander, dans l'observation de MM. Porak et Daniel, si en réalité ce n'est pas l'appendicite qui a été la cause de l'expulsion prématurée.

Sans doute la survie du fœtus semble indiquer qu'en tous cas l'infection maternelle n'aurait pas retenti sur le fœtus; mais on peut se demander ce que deviendra cet enfant. Dans trois cas j'ai vu le fœtus succomber dans les deux *mois qui suivirent* la naissance.

Séance du 9 mars.

M. Oui. — **Appendicite au cours de la grossesse. — Opération. — Mort.** — Femme de 32 ans, ayant toujours été bien portante

avant son mariage, qui a eu lieu en janvier 1900. Première grossesse n'ayant rien présenté de particulier, accouchement normal en décembre 1900. Allaitement mixte jusqu'en septembre 1901.

Vers le 15 février 1902, douleurs abdominales, diarrhée, vomissements verdâtres à plusieurs reprises. Séjour au lit pendant 15 jours. A un moment donné, son état inspira de vives inquiétudes aux médecins qui la soignaient ; mais aucun diagnostic ferme ne fut posé. Il y avait alors suppression des règles (dernières règles dans les premiers jours de décembre 1901).

Le 20 avril 1902, dans l'après-midi, la malade est prise de coliques avec selles abondantes et vomissements verdâtres. Cette crise lui rappelle absolument le début de la première crise. Un peu d'opium est administré et, le lendemain, tout rentre dans l'ordre. Cependant, dans les deux mois qui suivent, la malade souffre toujours un peu du ventre, ce qu'elle met sur le compte de sa grossesse.

Le 1er juillet 1902, douleur abdominale très vive, vomissement verdâtre. La douleur prédomine à droite, mais elle n'a pas de point fixe et s'irradie dans le ventre, T., 37°,4 ; P., 90.

État stationnaire jusqu'au 4.

Le 4. — Face grippée, yeux profondément excavés, respiration haletante (46 respirations à la minute). T., 38°,1 ; P., 150, petit, filiforme, presque incomptable. Le ventre est extrêmement ballonné, très distendu, au point de rendre difficile la recherche de l'utérus gravide que le palper arrive cependant à délimiter, nettement incliné à gauche. Mais il est impossible de percevoir par le palper aucune partie fœtale. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas entendus par l'auscultation. Le toucher permet de sentir, dans le segment inférieur, une petite tête qui ballotte. En examinant successivement les différentes régions de l'abdomen, on constate, à droite, une sensibilité très vive, un peu diffuse, s'étendant à la fois dans la fosse iliaque et dans le flanc. A ce niveau, il y a nettement défense de la paroi.

Devant cet ensemble symptomatique, le diagnostic d'appendicite est posé.

Laparotomie immédiate. Incision de Roux. Évacuation d'un abcès fétide. Drainage. Mort le jour même.

Cette observation est une preuve nouvelle de la nécessité d'une prompte intervention dans l'appendicite survenant au cours de la grossesse.

Il est probable que, chez cette jeune femme, les symptômes observés au mois de février (3e mois de la grossesse) doivent se rattacher à une première crise d'appendicite, malheureusement méconnue, car l'appendicectomie aurait probablement donné, à cette époque, un résultat satisfaisant. La seconde crise, qui détermina l'opération, se présenta dans des conditions telles que le diagnostic resta hésitant pendant 4 jours, ce qui rendit l'intervention trop tardive.

Le ballonnement du ventre, la dissociation du pouls et de la température, les troubles respiratoires, les vomissements hématiques montraient suffisamment qu'il s'agissait d'une appendicite extrêmement toxique et d'une septicémie péritonéale devant lesquelles l'opération resterait très vraisemblablement impuissante.

M. Pinard. — On ne doit pas avoir recours au traitement médical de l'appendicite de préférence au traitement chirurgical, sous prétexte qu'une crise d'appendicite traitée médicalement a pu paraître guérie ; l'intéressante observation de M. Oui montre de quels accidents brusques et graves peuvent être le point de départ des appendicites en apparence guéries. Au cours de la grossesse, sitôt que l'appendicite est diagnostiquée, dès la première crise, il faut pratiquer l'appendicectomie, qui est d'autant plus aisée que la grossesse est moins avancée. Chez la femme enceinte de 3 mois, l'opération est facile : quel que soit le météorisme, on peut maintenir les anses intestinales. A une époque plus rapprochée du terme, au 7e mois, par exemple, l'intervention est plus difficile en raison même de l'augmentation de volume de l'utérus.

M. Schwartz a également constaté la difficulté plus grande de l'opération au terme de la grossesse. Il partage l'opinion de M. Pinard. Une appendicite au cours de la grossesse doit être opérée dès que le diagnostic est établi.

M. Lepage. — **Discussion sur la communication de MM. Porak et Daniel concernant un cas de mort par appendicite pendant les suites de couches.** — Il est parfois difficile d'interpréter pendant les suites de couches, après l'accouchement à terme, les symptômes douloureux, s'accompagnant d'accidents fébriles, que l'on peut observer au niveau et au voisinage de la fosse iliaque droite.

Chez une femme dont l'accouchement avait été particulièrement simple, apparaissent, le 3e jour du post partum, des accidents fé-

briles, et le 5e des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic porté fut celui d'appendicite. Le 21e jour, l'apparition brusque de phénomènes aigus fait porter le diagnostic de perforation de l'appendice par M. Walter, qui pratique la laparotomie latérale droite, tombe sur un foyer de péritonite péri-utéro-annexielle, constate sur le bord supérieur de l'utérus deux petits abcès qu'il curette, et se contente de drainer largement le foyer sans avoir trouvé ni longtemps cherché d'ailleurs l'appendice. Mort le lendemain.

En l'absence d'autopsie, on ne peut que faire des hypothèses sur l'origine des accidents péritonitiques (infection utéro-annexielle, abcès utérin, lésion appendiculo-annexielle).

Une laparotomie exploratrice pratiquée plus tôt eût peut-être permis, en enlevant l'utérus, de sauver cette femme.

M. Pinard. — Il eût fallu intervenir dès que le diagnostic d'appendicite fut posé. S'il y a eu un abcès de l'utérus — ce qui est tout à fait exceptionnel et ce qui, dans le cas particulier, n'est pas incontestablement démontré — il a dû donner lieu à d'autres signes que ceux qui sont rapportés.

M. Champetier de Ribes a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité un cas d'abcès de la paroi utérine. Il s'agit d'une femme accouchée près du terme et chez laquelle tout alla bien pendant 8 jours : pas de fièvre, pas de frisson. Puis elle eut un frisson et fut subitement prise d'accidents graves, sans grande douleur localisée. Ces accidents disparurent au bout de 36 heures.

Nouvelle période d'apyrexie, puis nouveau frisson suivi encore de plusieurs jours pendant lesquels la température fut normale ; la femme fut passée dans un service de médecine, où on la considéra comme guérie. Le 23e jour la malade fut prise subitement d'accidents péritonéaux graves et mourut en 24 heures. A l'autopsie, on trouva dans la paroi utérine un abcès gros comme une noisette et qui s'était ouvert dans la cavité péritonéale ; il eût été impossible d'en faire le diagnostic par le toucher vaginal.

M. Porak pense que les abcès de l'utérus sont très rares. Il en a observé 1 cas : curettage suivi de mort au bout de 24 heures chez une femme ayant fait en ville un avortement et qui présentait des lochies très fétides. On trouva à l'autopsie une série d'abcès dans l'utérus ; ils avaient sans doute été déterminés par des piqûres de l'instrument qui avait servi à provoquer l'avortement.

M. G. Lepage et Grosse. — **Deux observations de basiotripsie pratiquée avec une dilatation peu avancée de l'orifice utérin.** — L'accoucheur est toujours quelque peu embarrassé lorsqu'il se trouve en présence d'une femme chez laquelle le fœtus a succombé au cours du travail et chez laquelle, en raison de la longueur de l'accouchement, des symptômes fébriles, il y a lieu d'intervenir, malgré une *dilatation incomplète de l'orifice utérin.*

Dans 2 cas de ce genre, MM. Lepage et Gros ont, après perforation préalable de la tête fœtale, pratiqué avec succès la céphalotripsie avec les 2 branches du basiotribe Tarnier.

Il est, dans ce cas, nécessaire de faire maintenir solidement la tête fœtale et d'effectuer le broiement autant que possible suivant certains diamètres de la tête : les cuillers auront ainsi moins de chance de glisser et réduiront plus facilement la base du crâne. Malheureusement, il n'est pas toujours possible, avec le basiotribe employé à la façon du céphalotribe, de placer les cuillers aux extrémités de ces diamètres suivant lesquels la tête est moins résistante au broiement et la prise plus solide.

Le basiotribe, grâce à l'articulation du perforateur avec la première cuiller, fournit une prise solide qui permet d'orienter la tête fœtale, de la présenter à la deuxième cuiller de l'instrument, de façon que le broiement s'effectue suivant les diamètres les plus favorables. Il n'en est pas de même avec le céphalotribe. Lorsqu'on veut, avec cet instrument, saisir, suivant les diamètres obliques, une tête fœtale orientée en occipito-transversale, il faut que les cuillers soient appliquées suivant un des diamètres obliques du bassin. Avec un bassin rétréci, une telle application est difficile, et l'instrument devra être placé suivant le diamètre transverse du bassin, saisissant la tête du front à l'occiput avec d'autant plus de chances de glisser que la tête sera plus fléchie.

Le céphalotribe n'offrant pas la prise solide que donne le basiotribe, il est très important, si l'on veut empêcher la tête d'échapper aux cuillers au moment du broiement, de la faire solidement maintenir par un aide au détroit supérieur ; c'est en grande partie de son adresse et de sa vigueur que dépend le résultat de l'opération. Toutes ces remarques, faites de longue date à propos du céphalotribe, sont applicables au basiotribe utilisé sans perforateur et transformé par là même en céphalotribe.

M. Porak. — Dans ces conditions, il vaut mieux se servir du cranioclaste et du céphalotribe de Bailly.

M. Pinard. — Ces deux instruments peuvent servir quand on les a ; mais leur grand défaut est leur difficulté d'application quand la tête est mobile.

MM. Lepage et Grosse ont simplement réédité la pratique qui était d'usage avant l'invention du basiotribe, c'est-à-dire qu'ils ont eu recours à la craniotomie suivie de la céphalotripsie. Dans la céphalotripsie, toute la difficulté de l'intervention consistait à immobiliser la tête. C'est cette difficulté qui a conduit Tarnier à la conception de son basiotribe. Dans les cas de MM. Lepage et Grosse, la rétraction utérine avait immobilisé la tête. Aussi est-il compréhensible que craniotomie et céphalotripsie aient parfaitement réussi.

M. G. Lepage. — **Œuf expulsé en bloc pendant le 5e mois de la grossesse. — Présentation de la pièce.**

Séance du 6 avril.

M. Croisier (de Blois). — **Appendicite et grossesse.** — Femme de 34 ans, eut, en 1887, *à l'âge de 18 ans*, une grossesse pendant laquelle *apparaissent des vomissements incoercibles* en même temps qu'une *douleur persistante dans la fosse iliaque droite.* La malade dit avoir vomi environ une vingtaine de fois par jour pendant toute la durée de la grossesse. Elle allaita pendant 15 mois : les vomissements continuèrent pendant ce temps, malgré une période de calme relatif ayant succédé immédiatement à l'accouchement.

Pendant les 4 ans qui suivent, vomissements deux fois par jour en moyenne.

En 1892, pleurésie qui dure 3 mois et qui guérit sans ponction. Après cet incident, santé à peu près bonne pendant 18 mois, malgré des vomissements se produisant encore assez fréquemment.

En 1897, nouvelle pleurésie de peu de durée et de peu d'importance.

En décembre 1899, *véritable crise d'appendicite* succédant à des douleurs constantes du côté de l'appendice depuis plusieurs années. Au moment de la crise : fièvre, douleurs violentes, vomis-

sements plus intenses. Durée des phénomènes graves, 3 jours, puis 15 jours de convalescence.

Après cette crise, les douleurs du côté de l'appendice continuent tout comme avant, constantes, avec des vomissements.

Des crises douloureuses appendiculaires se reproduisent avec une fréquence de plus en plus grande.

En 1902, *nouvelle grossesse* se terminant par une fausse couche de 2 mois et demi, déterminée par une nouvelle crise d'appendicite survenue pendant la grossesse (février-mars).

A l'occasion de cette crise d'appendicite accompagnant ce début de grossesse, la malade *est reprise de nouveaux vomissements incoercibles* comme pendant sa première grossesse et atteignant la même fréquence. La fausse couche une fois faite, les vomissements cessent pendant quelque temps, puis reparaissent dans le courant du mois de juin.

Pendant toute l'année 1902, la malade présente des symptômes d'entéro-colite (fausses membranes, crises de diarrhée).

En juin, à l'examen, on constate qu'il existe des douleurs vagues dans tout l'abdomen. L'utérus est en antéversion légère.

L'appendice se sent très nettement à la palpation : il est gros et très douloureux.

L'opération est décidée et pratiquée le 26 août 1902. Incision de Jalaguier. Appendice très long, 12 centimètres, avec un rétrécissement vers la pointe témoignant de crises anciennes et une adhérence légère et récente (vers la pointe également) avec le péritoine pariétal.

Suites opératoires normales et apyrétiques.

Dès le lendemain de l'opération les vomissements ont cessé et n'ont plus reparu depuis lors. La malade, revue en octobre, puis en février 1903, présente un bon état général sans retour des vomissements. Elle est engraissée et présente un très bon aspect et un fonctionnement très satisfaisant de son tube digestif.

M. G. Lepage. — **Rapport sur une note du docteur V. Bué (de Lille) sur un bassin vicié avec présentation de pièce.** — Le 5 mai 1899, M. le professeur Gaulard présentait à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, une observation intitulée : *Bassin à forme double oblique ovalaire. Symphyséotomie malgré la mort de l'enfant.*

L'auteur résumait ainsi les caractères particuliers de ce bassin fournis par l'examen clinique :

1° Promontoire fortement abaissé, facilement accessible ;

2° Lignes innominées redressées, se dirigeant presque en droite ligne d'arrière en avant ;

3° Détroit supérieur considérablement rétréci dans le sens transversal ;

4° Symphyse pubienne anguleuse par suite de la direction des lignes innominées.

Voulant pratiquer un examen plus complet, M. Gaulard introduisit la main entière dans les organes génitaux ; mais « la bosse séro-sanguine énorme qui couvrait la tête fœtale et l'étroitesse du défilé pelvien ne lui permirent pas de se rendre un compte exact de l'état des choses ».

L'enfant avait succombé ; la poche des eaux n'existait que depuis plusieurs jours ; la dilatation du col était aussi complète qu'elle peut l'être dans les cas de ce genre. La basiotripsie s'imposait. La perforation du crâne ne présenta aucune difficulté, la pulpe cérébrale s'écoula quelque peu. L'application de la première branche du basiotribe fut déjà laborieuse et celle de la seconde absolument impossible.

Pour terminer l'accouchement, M. Gaulard fit la symphyséotomie, dans le but surtout d'agrandir le bassin transversalement, ce qui permettrait l'application facile du basiotribe.

La section pubienne fut pénible (« la symphyse était ossifiée dans son tiers supérieur », écrit M. Gaulard); mais, une fois faite, il se produisit un écartement considérable, et une simple application de forceps suffit pour terminer l'accouchement.

Dans la note remise à la Société, M. Gaulard comparait ce bassin à celui d'une femme chez qui M. Maygrier fit l'opération césarienne. Il s'agissait d'un bassin considérablement rétréci dans le sens transversal comme le bassin désigné sous le nom de « double oblique ovalaire de Robert », mais « avec cette différence qu'il n'y a pas de soudure des articulations sacro-iliaques, ni d'atrophie des parties latérales du sacrum ».

A la séance du 2 juin 1899, M. Varnier montra les radiographies d'un bassin normal, du bassin de l'opérée de M. Maygrier et du bassin double oblique ovalaire de P. Dubois. Grâce à la radiographie, il fit du bassin décrit par M. Maygrier un *bassin aplati géné-*

ralement rétréci, justiciable sans hésitation de la symphyséotomie. A l'occasion d'une nouvelle grossesse à terme, cette opération fut pratiquée à la clinique Baudelocque, avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Dans la même séance, M. Varnier montrait l'utilité qu'il y aurait, avant de classer le bassin de l'observationde M. Gaulard, à en avoir une radiographie.

Celle-ci n'a jamais été faite ; mais les circonstances ont permis d'avoir le bassin lui-même.

L'opérée de M. Gaulard redevint en effet enceinte et fut de nouveau amenée à la clinique obstétricale de la Faculté de Lille, en juin 1902. La grossesse est à terme; le travail est déclaré depuis plusieurs jours ; la poche des eaux s'est rompue prématurément. Quelques tentatives d'extraction artificielle ont été pratiquées avant l'entrée de la malade à la clinique.

Quoi qu'il en soit, on constate une présentation du sommet, de la putréfaction fœtale et de la physométrie.

En pratiquant le toucher vaginal, on remarque qu'il existe à la partie postérieure de la symphyse pubienne une saillie osseuse très prononcée, que l'on n'avait pas notée lors du précédent accouchement.

Les antécédents obstétricaux étant connus, une seule chance de salut restait à la malade, c'était de subir l'hystérectomie.

M. Gaulard pratiqua séance tenante l'amputation utéro-ovarique selon le procédé de Porro. L'opérée succomba le 3e jour avec des accidents de péritonite.

Son bassin a pu être recueilli et étudié.

Il doit être rayé du cadre des bassins rachitiques transversalement rétrécis, puisque son diamètre transverse maximum (inutilisable, il est vrai) est de 120 millimètres ; il appartient à la catégorie des bassins rachitiques à type pseudo-ostéomalacique.

Dans sa communication du 2 juin 1899, H. Varnier rappelait combien « en fait de pelvimétrie et d'indications opératoires, les procédés classiques d'exploration sont sujets à caution ». Cette réflexion revient à l'esprit en relisant les deux observations de MM. Gaulard et Bué : dans la première, en s'appuyant sur l'exploration clinique, le professeur Gaulard trouve que « le promontoire était fortement abaissé et facilement accessible ; 7 centimètres seulement le séparaient du bord inférieur de la symphyse pubienne ».

Dans la seconde — constatation anatomique, — le « diamètre promonto-sous-pubien est de 90 millimètres ». Il y a donc une différence de 2 centimètres pour le même bassin entre les mensurations pratiquées sur la femme vivante et sur le cadavre.

Il n'est guère d'accoucheur qui n'ait eu pareille surprise.

Il est une particularité du bassin décrit par M. Bué qui doit être signalée, c'est la saillie osseuse dirigée obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière et qui fait corps avec le pubis droit. Elle n'avait pas été « notée lors du précédent accouchement ».

En examinant la pièce, il semble bien que cette saillie osseuse résulte surtout de ce qu'une portion du pubis gauche a été détachée avec le bistouri et que ce soit au niveau de cette portion d'os qu'il y ait eu production anormale du tissu osseux. Les détails fournis par le professeur Gaulard sur l'opération de symphyséotomie faite par lui semblent confirmer cette hypothèse lorsqu'il dit : « La symphyse était ossifiée dans son tiers supérieur ; j'eus beaucoup de peine à l'ouvrir à ce niveau. » L'opérateur a donc eu des difficultés sérieuses pour pénétrer dans l'interligne articulaire ; il est probable que le bistouri, dirigé un peu obliquement, a dû intéresser la face postérieure du pubis droit, et en séparer une lamelle osseuse.

Ces productions osseuses après la symphyséotomie sont exceptionnelles et ne s'observent que dans les cas où il y a eu incident opératoire ou des complications locales au niveau de la plaie interpubienne. L'observation communiquée en 1895 au Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux par le professeur Moussous est à cet égard fort instructive.

Il s'agit d'une femme symphyséotomisée le 23 février 1894, et qui, enceinte une seconde fois, vint succomber le 25 mars 1895 dans le même service, emportée par une endocardite avec embolie cérébrale. A l'autopsie, on trouva les altérations suivantes du bassin : « Le corps du pubis droit est très allongé. Il a, dans le sens vertical, une étendue de 6 centimètres un quart; son diamètre transversal est de 4 centimètres, et l'antéro-postérieur de 3. Vers le centre de sa face antérieure, au milieu d'une légère dépression, se trouve un orifice large de 5 millimètres. C'est l'ouverture d'un canalicule qui gagne le centre de l'os. Si l'on fait pénétrer un stylet dans ce trajet fistuleux, on a la sensation que son extrémité libre atteint bientôt un évasement où elle peut jouer avec facilité, évasement

qui communique probablement avec un second trajet fistuleux, dont l'origine se trouve au bord inférieur et postérieur de l'os. Dans le voisinage du premier orifice, on constate des rugosités dues à des végétations osseuses qui deviennent plus apparentes près du bord du trou sous-pubien.

« La partie supérieure de la déformation, celle qui correspond à l'épine pubienne, est extrêmement tuméfiée et fait une saillie qui dépasse de 2 centimètres la branche pubienne. Cette déformation est très manifeste sur la face postérieure de l'os : elle y dessine une crête osseuse qui fait hernie dans la filière pelvienne. » Le diamètre, qui va de l'angle sacro-vertébral à la saillie que fait, dans l'excavation, l'éperon situé à la face postérieure du pubis droit, est de 65 millimètres ; le diamètre promonto-pubien minimum est de 75 millimètres.

L'examen histologique pratiqué par le professeur Coyne l'amena à conclure qu'il s'agissait probablement d'une « ostéite à marche aiguë consécutive à la symphyséotomie ». En relisant les détails de l'opération pratiquée par le professeur Moussous et des suites opératoires, on relève divers incidents qui peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les lésions observées. « La section des deux tiers supérieurs du cartilage symphysien est facile ; le tiers inférieur résiste au bistouri et c'est seulement en imprimant de petites déviations latérales à l'instrument que j'arrive à l'entamer. » La réunion est faite à l'aide de « trois points de suture profonde au fil d'argent... Le 5 mars, on constate un léger œdème de la grande lèvre droite. Le 6 mars, en pressant sur la lèvre œdématiée, on fait sourdre par l'orifice resté béant d'un des fils d'argent, une certaine quantité de pus. Pas de débris osseux. Le stylet n'arrive pas sur une surface osseuse dénudée. Drainage. Le 13 mars, la suppuration est tarie, l'œdème de la lèvre a disparu. Le 14, la symphyse paraît consolidée. »

On peut donc incriminer ici dans une large mesure les lésions produites au moment de la section du tiers inférieur de la symphyse et les phénomènes d'infection locale qui se sont traduits par de la suppuration. C'est du reste l'avis qu'a exprimé le professeur Moussous en disant : « L'hypothèse d'une ostéite à marche aiguë consécutive à la symphyséotomie paraît très acceptable, surtout lorsqu'on se rappelle l'abcès péri-symphysien observé chez la ala de dans les jours qui ont suivi l'opération et si l'on n'a pas

oublié non plus que la section du tiers inférieur de la symphyse a été difficile et que, pour la compléter, on s'est vu dans la nécessité d'imprimer à la lame du bistouri des inclinaisons diverses. En le faisant n'a-t-on pas involontairement offensé le tissu osseux contigu au cartilage qu'il s'agissait de couper. »

Jusqu'à ce que des observations viennent nous montrer qu'à la suite d'une symphyséotomie pratiquée sans lésion du tissu osseux et sans infection locale de la plaie, on peut observer des ostéophytes faisant une saillie dangereuse à l'intérieur du bassin, nous n'en admettrons pas l'existence.

Dans l'importante communication faite par Varnier (6 octobre 1899) sur l' « étude anatomique et radiographique de la symphyse pubienne après la symphyséotomie », H. Varnier insistait, documents en mains, sur la restitution *ad integrum* de la symphyse lorsqu'il n'y a pas eu de suppuration. Les pièces qu'il avait étudiées prouvaient « qu'à la suite de la symphyséotomie réunie *per primam*, il y a non seulement restauration fonctionnelle parfaite, mais restauration anatomique quasi-parfaite ».

M. Schwartz. — **Abcès de l'utérus pendant la puerpéralité.** — Il s'agissait d'une femme de 35 ans, atteinte, depuis quelques années déjà, à la suite de grossesses et de métrites, de lésions bilatérales des annexes. Cette femme présentait un signe qui me frappa beaucoup sans que je puisse l'interpréter : il existait au niveau du fond de l'utérus par le palper, soit uni soit bimanuel, un point douloureux très net à la pression.

Ce point douloureux existait aussi spontanément.

Je pensai à une douleur due à des annexes adhérentes et pratiquai l'hystérectomie abdominale avec ablation bilatérale des trompes et des ovaires malades, dont elle guérit. Les annexes contenaient des foyers de suppuration. L'utérus était augmenté de volume et présentait au niveau de son fond et à droite une bosselure fluctuante grosse comme une noisette très forte. Celle-ci, incisée, laissa écouler du pus jaune épais, analogue à celui d'un abcès chaud. Il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses. L'abcès était en plein muscle utérin, mais dans le voisinage de la portion interstitielle de la trompe droite.

A propos de ce fait, j'ai fait quelques recherches sur les abcès de l'utérus, ou plutôt du parenchyme. Tous les auteurs s'accor-

dent à dire leur très grande rareté. Augustin, dans une thèse de Leyden (*Abcessus parietis uteri*, Leyden, 1893), en a rassemblé 10 cas.

Il a cité lui-même le fait suivant :

Femme de 24 ans. Fièvre quelques jours avant l'accouchement, qui eut lieu spontanément. Suites de couches fébriles : températures élevées ; empâtement résistant à gauche de l'utérus. Treub fit l'exploration sous l'anesthésie et diagnostiqua un pyosalpinx gonococcique à droite. Salpingite à gauche. Laparotomie. Aucune tumeur tubaire, légères salpingites bilatérales. Dans la corne droite de l'utérus, dans la paroi, on trouve et on incise ces abcès. On curette la poche et on tamponne à la gaze iodoformée, qui est amenée hors du ventre. Au bout de 3 jours le drain tampon est enlevé. Fistule qui se ferme au bout d'un mois.

L'auteur se demande s'il s'agissait d'un abcès du parenchyme, d'une collection dans une cavité utérine anormalement conformée (pyomètre latéral) ou d'une tumeur abcédée ? Il se rattache à un abcès de la paroi, ce que nous croyons aussi. Augustin a rassemblé à cette occasion une vingtaine de faits, dont 10 seulement nous paraissent être des abcès utérins.

Avec Treub, il conseillerait plutôt l'hystérectomie supra-vaginale que la conduite tenue.

Pichevin en 1895 a rapporté à la Société d'obstétrique et de gynécologie (12 décembre 1895) un cas où après une hystérectomie vaginale il trouva dans l'angle supérieur gauche de l'utérus une bosselure qui, incisée, laissa écouler du pus ; la cavité communiquait avec celle de l utérus. La femme perdait du pus depuis trois ans. Il semblait bien s'agir là plutôt d'un pyomètre avec diverticule que d'un abcès parenchymateux.

En somme, l'abcès du parenchyme utérin est rare, et il est certain qu'il serait difficile, d'après les cas que nous connaissons, d'exposer même quelques données précises sur le diagnostic de cette lésion.

Ch. Porak et C. Daniel (1). — **Un cas d'exostoses ostéogéniques multiples avec exostoses du bassin. — Dystocie. Symphyséotomie.**

(1) Cette observation sera publiée *in extenso* dans le numéro prochain des *Annales*.

G. Lepage. — **Un cas de thrombus vulvo-périnéal après accouchement spontané.**— Il s'agit d'une primipare de 21 ans. Expulsion rapide à 2 h. 50 du soir d'un enfant du sexe masculin, vivant, du poids de 3.250 grammes. Légère éraillure de la commissure postérieure de la vulve, la petite lèvre droite est déchirée à sa partie moyenne, sur une longueur d'un demi-centimètre. La femme perd un peu de sang. Injection vaginale chaude.

A 3 h. 30 soir, délivranee par extraction simple.

A 5 h. 15 soir, on transporte la femme à la salle des accouchées; elle se plaint d'une légère douleur dans l'aine gauche.

A 5 h. 30 soir, douleur violente au niveau de la région périnéo-vaginale; c'est une cuisson avec sensation de tension intense. La femme ressent en même temps du ténesme rectal marqué.

La douleur très intense fait pousser des cris à la malade. On constate alors au niveau de la grande lèvre gauche, et empiétant sur le périnée, un thrombus volumineux.

A 10 h. soir, douleurs très vives : la tumeur a augmenté de volume. Elle a maintenant la dimension d'un fort poing d'adulte, très saillante et piriforme, à grosse extrémité inférieure. Elle occupe toute la grande lèvre gauche, empiétant vers la partie inférieure, sur le pli génito-crural, qu'elle masque à gauche. A droite elle cache l'orifice vulvaire et atteint, à sa partie inférieure, le pli génito-crural droit: elle forme un croissant autour de la partie antérieure et gauche de l anus, empiétant sur la fesse gauche. Elle s'étend, à gauche de l'anus, sur une largeur de 4 travers de doigt. L'anus est saillant, violacé et entr'ouvert comme une pièce de 10 centimes.

Dure et résistante, la tumeur sanguine a une coloration ardoisée foncée au niveau de la muqueuse vulvaire. La peau n'est pas colorée, elle est seulement distendue et luisante. Compresses glacées.

A minuit, les douleurs sont de plus en plus vives et le ténesme insupportable. Les douleurs s'atténuent les jours suivants; mais le troisième jour, la peau se sphacèle en plusieurs points à la face antérieure de la grosse extrémité de la tumeur et à la partie déclive, et la tumeur se rompt à l'endroit sphacélé, laissant échapper des caillots noirâtres et fétides.

Le lendemain, M. Lepage retire 320 grammes de caillots noirs et fétides de la poche qu'il draine après suture partielle. Guérison.

Le volume de cette tumeur était tel que dès le lendemain de

l'accouchement, M. Lepage se demanda s'il n'était pas préférable d'inciser la tumeur et d'enlever les caillots. Il fut retenu par la crainte d'une hémorragie possible ; l'intervention précoce eût été cependant préférable.

Une vaste ecchymose occupant la région déclive des deux fesses et manifestement en relation avec le thrombus a été notée dès le lendemain de l'accouchement.

M. Routier — Actuellement, on traite les hématomes chirurgicaux par l'incision, l'évacuation, la compression consécutive. Il semble que cette thérapeutique moderne, basée sur l'antisepsie, peut être avantageusement appliquée au traitement des thrombus puerpéraux.

M. Champetier de Ribes. — Il est intéressant de noter dans l'observation de M. Lepage, comme dans plusieurs autres cas analogues, qu il n'y avait pas de varices vulvaires.

Quant à la conduite à tenir elle diffère suivant la variété de thrombus à laquelle on a affaire : s'il s agit d'un thrombus profond, qui peut donner lieu à un épanchement sanguin remontant plus ou moins haut dans la cavité abdominale après avoir décollé le péritoine, il est sage de s'abstenir de toute intervention. S'il s'agit au contraire d'un hématome vulvaire, on peut intervenir chirurgicalement 24 ou 36 heures après l'accouchement, lorsque l'épanchement sanguin ne semble plus augmenter de volume.

M. Schwartz est également partisan de l'intervention relativement précoce ; l'expectation a l'inconvénient de faciliter la production d escarres, l'ouverture de la poche et, par suite de son voisinage avec le vagin, l'infection consécutive de la collection sanguine.

M. Wallich. — A-t-il été fait de la compression vaginale après l'accouchement pour empêcher l'augmentation du volume de la tumeur ? Une compression faite à temps eût peut-être empêché la tumeur de prendre un tel développement et par suite eût empêché la production d'escarres et l'ouverture de la poche sanguine, toujours dangereuse à cause de la proximité du vagin.

M. Lepage. — Il n'a pas été fait de compression vaginale ; c'est assez insidieusement que le thrombus a pris un développement anormal. C'est pourquoi on n'a pas songé à comprimer. Le lendemain de l'accouchement, la tumeur avait atteint le maximum de son développement, et il eût été même matériellement impossible de faire un tamponnement vaginal, l'orifice vulvaire étant obstrué par l'hématome.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Condamin. Des parotidites consécutives aux interventions dans la sphère génitale de la femme. *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, mars 1903, p. 91. — **De Paoli e Varaldo**. Ricerche istologiche sui gangli del simpatico addominale di cagne castrate e dicagne gravide. *Archivio italian. di ginec.*, avril 1903, p. 92. — **Engelmann** (**J.**). L'âge de la première menstruation au pôle et à l'équateur. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1902, n° 6, p. 1901. — **Frankl**. Cumulierung verschiedenartiger genital Tumoren. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1903, Heft 4, p. 460. — **Harris**. Excision of the proximal ends of the Fallopian tubes at their origin in the uterus, the operation of choice, for the extremely rares cases wherein sterility is desirable. *Am. J. of Obst.*, juin 1903, p. 342. — **Jayle** (**F.**). L'opothérapie ovarienne. *Rev. de gyné. et de chirurg. abdom.*, juin 1903, p. 437. — **Johnstone**. L'anatomia dell' utero dei quadrupedi dimostra la necessita della mestruazione nei bipedi. *Archivio ital. di ginec.*, avril 1903, p. 100. — **Kayser**. Ueber die Bedeutung des Lig. rotundum uteri bei Herniotomies. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 431. **Macnaughton-Jones**. The importance of attention to the mouth and teeth before and after operations upon the pelvic viscera. *The British Gyn. J.*, mai 1903, p. 33. — **Macpcherson** (**J.**). Insanity in relation to fertility. *Edinb. med. J.*, mai 1903, p. 397. — **Malins** (**E.**). Some aspects of the economie and of the antenatal waste of life in nature and civilisation. *The Journ. of Obst. a. Gyn. of the British Empire*, 1903, n° 4, p. 307. — **Palmer**. The relation a. co relation of gynecol. a. nervous affections. *Am. J. Obst.*, juin 1903, p. 755. **Pincus**. Prophylaxe der Gynatresie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1903, Hft 5, p. 614. — **Pinkus**. Zur conservativen, nicht operativen Behandlung von Frauenleiden. *Berlin. klin. Wochensch.*, avril 1903, p. 349. — **Pissemski**. Anatomie des Plexus fundamentales Uteri. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1903, Hft 4, p. 521. — **Polano**. Anatomie der Lymphbahnen im mensch. Eierstock. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1903, Hft 4, p. 466.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHESIE. — **Blacker**. The effects of vaporisation as shown by an uterus removed by vaginal hysterectomy 14 days after the operation of curetting and steaming had been performed. *The J. Obst. a. Gyn. of the Bristih Emp.*, 1903, n° 5, p. 444. — **Burckhard**. Zur Narkosenfrage. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 14, p. 422. — **De Lee**. Utero-vaginal tamponade. *The Am. J. of Obst.*, avril 1903, p. 446. — **Menge**. Ein neues Pessarium zur Behandlung grosser inoperabler Genitalprolapse. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 15, p. 451. — **Rosenfeld**. Ein neues Pessarium zur Behandlung grosser inoperabler Genitalprolapse. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 20, p. 600.

VULVE ET VAGIN. — **Bertino.** Adenoma-carcinoma cistico del clitoride sviluppatosi sopra una cisti dermoide. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 4, p. 267, 313. — **Boldt.** Scope of the vaginal section. *Medical News*, New-York, 28 mars 1903, p 586. — **Cristalli.** Fibromiomi della vagina. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 3, p. 170, 220. — **Currier (A.).** The scope of the vaginal incision. *Annals of Gyn. a. Ped.*, mai 1903, p. 277. — **Hussey.** Gonorrhea in women. *Brooklyn medical Journal Brooklyn*, New-York, avril 1903, p. 172. — **Peterson.** Primary carcinoma of the vulva. *Am. J. of obst*, juin 1903, p. 793. — **Politi.** Su di un caso di cistoma papillare proliferante de piccolo labre. *Archivio di ost. e ginec.*, avril 1903, p. 193. — **Potel.** Le fibro-myome du vagin. *Revue de gyn. et de chirurg. abdomin.*, 1903, n° 3, p. 387. — **Rochet.** Traitement chirurgical des prurits périnéaux, anaux et vulvaires. *Bull. Soc. chirurgie de Lyon*, février 1903, p. 75.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Ahern.** Prolapsus complet et irréductible de l'utérus, des annexes, des parties du petit intestin, de la vessie contenant des calculs, avec prolapsus du rectum chez une vierge. *Le Bull. méd. de Québec*, avril 1903, p. 357. — **Alexandroff.** Retroflexio-operation. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 25, p. 762. — **Dejardin.** Traitement du prolapsus utérin et ligamentopexie abdominale. *Arch. prov. de chir.*, année 1903, n° 4, p. 237. — **Goth (L.).** Tetanie nach einer Perineoplastik. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 15, p. 457. — **Hare.** Double uterus a. vagina. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1903, p. 441. — **Kiriac.** A propos du traitement du prolapsus utérin. *La Semaine gynécologique*, 31 mars 1903, p. 99. — **Marchant (G.).** Note sur le traitement des cystocèles vaginales anormales ; vagino-fixation, cystorraphie latérale, cystorrhaphie inférieure. *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, Paris, avril 1903, p. 433. — **Noble.** An operation for incomplete laceration of the perineum. *Am. Gynecol.*, mars 1903, p. 193. — **Pichevin.** Réponse à l'article du docteur Kiriac sur le traitement du prolapsus utérin. *La Semaine gynécologique*, Paris, 7 avril 1903, p. 105. — **Pichevin.** Traitement du prolapsus utérin. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 avril 1903, p. 113. — **Sturmer.** Chronic inversion of uterus in a woman aged 55 ; hysterectomy, recovery. *The J., of obst a. gyn. of the British Emp.*, 1903, n° 4, p. 338.

UTERUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Brothers (A.).** Accidental perforation of the uterus. *Amer. gynecol.*, avril 1903, p. 323. — **Geiger.** Hyperplasia and hypertrophy of the uterus. *Annals of gyn. a. ped.*, mai 1903, p. 291. — **Keath (G.).** A case of severe uterine Hœmorrhage treated by iodipin. *The Lancet*, juin 1903, p. 1668. — **Kolipinski.** On simplicity in the operation for laceration of the cervix uteri. *Med. News*, mai 1903, p. 1026. — **Michels (E.).** The surgical treatment of puerperal pyæmia. *The Lancet*, avril 1903, p. 1025. - **Newton.** The treatment of gonorrhea of the uterus. *Am. J. of obst.*, mai 1903, 606. — **Ostrcil.** Ein Fall von Fistulæ cervico-vaginalis, bei welchem der Entstehungsmodus direkt beobachtet wurde. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 15, p. 449. — **Pichevin.** D'une forme à hémorragies utérines. *La Semaine gynécologique*, Paris, 10 février 1903.

TUMEURS UTERINES, HYSTERECTOMIE. — **Bantock.** A case of fibroid polypus with inversion of the uterus ; reduction of ute-

rus a. removal of the tumour. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 1903, n° 4, p. 336. — **Bland-Sutton**. On the perils and complications of fibroids after the menopause. *The Lancet*, juin 1903, p. 1571. — **Boursier et Venot**. Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du cancer du corps de l'utérus. *Revue mens. de gyn. obst. et pædiat. de Bordeaux*, 1903, n° 6, p. 225. — **Daniel (C)**. De l'état des annexes dans les fibromes utérins. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1903, n° 2, p. 195. — **Delore**. De l'ascite dans les fibromes utérins. *Gazette des hôpit.*, 1903, n° 62, p. 619. — **Doléris et Algret**. Fibrome utérin et reins kystiques. De la mort par urémie aiguë à forme hémiplégique après la myomotomie *La Gynécologie*, avril 1903, p. 133. — **Frank**. Oper, Behandlung der Myome in der Gravidität. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1903, Heft 4, p. 428. — **Füth**. Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 20, p. 626. — **Gradenwitz**. Vaginale Totalexstirpation ohne Narkose. *Mon. f. Geb. u. Gyn*, mai 1903, Heft 5, p. 623. — **Ionescu**, Histerectomia abdominala totala in fibromal uterin. *Revista de chirurg.*, Bucharest, mars 1903, p. 101. — **Janvrin**. The surg. treatment of early diagnosed cancer of the uterus. *Am. J. of Obstr.*, juin 1902, p. 781. — **Kirchgessner**. Ueber Endothelioma Cervicis Uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 2, p. 197. — **Kundrat**. Ueber di Ausbreitung des Carcinoms im parametranen Gewebe bei Krebs des Collum Uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 355. — **Mauclaire**. Traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie. *Le Concours médic.*, 1903, n° 25, p. 389. — **Monod et Arrou**. Hystérectomie abdominale pour fibromes de l'utérus. Observations et remarques. *Bull. et Mém. Soc. chirurg.*, Paris, avril 1903, p. 463. — **Nebesky**. Kasuisticher Beitrag zur Kenntniss der Adenomyome des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 339. — **Nisot-Wuyts**. Un cas de déciduome malin. *Bull. de la soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1903-04, n° 1, p. 2. — **Noble**. A study of the degenerations and complications of fibroid tumors of the uterus from the standpoint of the treatment of these grouths. *Amer. Gynec.*, avril 1903, p. 297. — **Noble (G.)**. Combined bisection of tumor and uterus with partial enucleation of bisected tumor in abdominal hysterectomy for large fibroid tumor in body of uterus. *Am. J. of Obst.*, juin 1903, p 745. — **Opitz (E)**. Zwei ungewöhnliche Uteruscarcimone nebst Bemerkungen zur Theorie der bösartigen Geschwulste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 2, p. 169. — **Pepere**. Sull' endotelioma dell utero. *Archivio italian. di ginec.*, avril 1903, p. 65. — **Pichevin**. Électricité et fibromes. *La Semaine gynéc.*, 28 avril 1903. p. 130. — **Poenaru**. Fibro-myom uterin sub-seros cu aderente epiploice si intestinale multiple. Ascita considerabila, etc. *Revista de chirurg.*, Bucarest, février 1903, p. 77. — **Potherat**. Dégénérescence des fibromes utérins. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, avril 1903, p. 379. — **Racoviceanu**. Histerectomie abdominala totala in fibromul uterin. *Revista de chirurg.*, Bucharest, mars 1903, p. 97. — **Reamy**. Carcinoma of the cervix uteri. *Am. J. of obst.*, juin 1903, p. 786. — **Shaw-Machenzie**. On the uso of iodipine in cases of uterine fibroides. *The Lancet*, avril 1903, p. 958. — **Shoemaker**. Uterine fibroma near the menopause. *Philadelphia med. J.*, mai 1903 p. 909. — **Sully**. Cancer of the cervix; treatment by X ray. Report of cases. *Annals of gyn. a. ped.*, mai 1903, p. 286.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — Acquaviva et Roux. Trait. chir. des salpingites. *Rev. de chir.*, janvier, février et mars 1903, p. 60, 159, 361. — **Boursier.** Des opérations conservatrices dans les ovarites scléro-kystiques. *Journal de méd. de Bordeaux*, mai 1903, p. 349. — **Boursier (A.).** Sur un cas d'hématocèle rétro-utérine. *Annales méd.-chirurg.*, juin 1903, p. 81. — **Brothers (A.).** Pelvic suppuration in the female. *Med. News*, juin 1903, p. 1072. — **Chandelux.** Hemato salpinx suppuré avec torsion du pédicule ; élimination par sphacèle de la poche. *Bull. Soc. chirurg. de Lyon*, juillet 1902, p. 299. — **Coston.** Puerperal hematoma; with report of a case and remarks concerning it. *Am. J. of. Obst.*, mai 1903, p. 598. — **Deaver.** Pus in the female pelvis. *Amer. Gynec.*, mars 1903, p. 221. — **Faure.** La salpingopexie. *La Gynécologie*, avril 1903, p. 101. — **Grimsdale.** Case of amenorrhœa with pyosalpinx. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, mars 1903, p. 44. — **Harris, Stone, Mann, Coe, Noble.** Should the uterus be removed when the ovaries and tubes are removed in cases of double pyosalpinx, when operating either through the abdomen or the vagina, *Am. J. Obst.*, juin 1903, p. 815. — **Mauté.** Infection puerpérale et appendicite. Bacille septique aérobie associé au streptocoque et au staphylocoque dans la cavité utérine et dans l'appendice. *Archives génér. de méd.*, 1903, n° 25, p. 1546. — **Voiturier.** Volumineuse hématocèle rétro-utérine. Mécanisme de l'enkystement des épanchements sanguins péritonéaux. *La Semaine gynécologique*, Paris, 14 avril 1903, p. 114.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; OVARIOTOMIE. — Ahrens. Komplikationen bei Eierstocksdermoiden. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 18, p. 547. — **Andrews.** Primary carcinoma of the Fallopian tube. *Trans. of the obst. Soc. of London*, janvier-février 1903, p. 54. — **Aubeau.** Kystes du ligament rond. *La Clinique générale de chir.*, avril 1903, p. 107. — **Craven Moore.** Multilocular cystadenoma of retroperitoneal origin. *The med. Chronicle*, février 1903, p. 337. — **Demonus.** Pour servir à l'histoire des fibromes des ligaments larges. *Rev. mens. de gyn., obst. et pæd.*, Bordeaux, mars 1903, p. 184.— **Ferroni.** Ricerche ed osservazioni anatomo-cliniche sulle cisti intra-legamentarie e su alcune forme pathologiche del legamento largo. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n°s 2-3, p. 145, 241, 322. — **Godart.** Endothéliome des deux ovaires, laparotomie, guérison. *La Policlinique*, Bruxelles, 1903, n° 8, p. 169. — **Goullioud.** — Cancer de l'ovaire droit et cancer de l'S iliaque ; ablation des deux tumeurs. *Bull. de la Soc. chirurg. de Lyon*, mars 1903, p. 123. — **Gradenwitz.** Kastr. wegen function. Ovarien bei rudiment. Entwicklung der Müllers'chen Gänge. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1903, Hft 5, p. 627.— **Kayser.** Ueber einen in pathologisch. anatomischer u. klinischer Hinsicht bemerkenswerthen Fall eines Dickdarmcarcinoms mit oviariolmetastasen und ausgedehnter carcinomatoser Erhrankung der Haut. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 576. — **Mauclaire.** Greffe de l'épiploon dans un kyste hydatique marsupialisé et compliqué de cholerragie. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1903, p. 493. — **Nebesky.** Zur Casuistik der vom Ligamentum rotundum Uteri ausgehenden Neubildungen, *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1903, Heft 4, p. 441. — **Parsons.** An unusual case of sarcoma of the

ovary. *Trans. of the obst. Soc. of London*, janvier-février 1903, p. 48. — **Poirier**. Tumeur kystique intrapéritonéale implantée sur l'iléon. *Bull. et mém. Soc. chirurg.*, avril 1903, p. 378. — **Potherat**. — Pluralité des néoplasmes abdomino-pelviens chez la femme *Bull. et mém. Soc. chirurg.*, Paris, avril 1903, p. 367, 381. **Potherat**. Tumeur solide du ligament large. Fibromyome paraovarien. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mai 1903, n° 17, p. 484. — **Prüsmann**. Zur Tuberculose der Eierstocksgeschwulste. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 769. — **Torres**. La puncion exploratriz en el diagnostico de los quistos hidaticos abdominales. Sa proscription. *La Semana med.*, mars 1903, p. 255. — **Walthard (M.)**. Zur Ætiologie der Ovarialadenome. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 2, p. 330.

ORGANES URINAIRES. — **Edebohls**. *Renal Decapsulation for chronic Bright's disease*, New York, 1903. — **Fortun**. Cystic Bladder mistaken for an ovarian cyst. *Am. J. of obst.*, mai 1903, p. 604. — **Percy**. Primary carcinoma of the urethra in the female. *The Am. J. of obst.*, avril 1903, p. 457. — **Wesley Bovée**. Complete nephroureterectomy. *Amer. gynec.*, avril 1903, p. 311.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bowreman Jessett**. Intestinal obstruction : an uncommon complication of a ruptured ectopic gestation. *The British gyn. J.*, mai 1903, p. 64. — **Frederick**. A case of hœmatosalpinx due to tubal pregnancy complicated by torsion of the pedicle. *The Lancet*, mai 1903, p. 1298. — Un caso de prenez extra-uterina con saco roto en la cavidad peritoneal tratado y curado por laparotomia. *La Semana med.*, mars 1903, p. 233.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Boquel**. Note sur la laparotomie suivie de drainage dans le traitement de l'infection puerpérale. *Archives méd. d'Angers*, 1903, n° 4, p. 153. — **Darnall**. A new method of treating the suppurating abdominal incision. *Amer. Gynecol.*, mars 1903, p. 229. — **Ferguson (J.)**. Some experiences in the gynæc. surgery of the abdomen. *The J. of obst. a. gyn. of the British Empire*, 1903, n° 4, p. 320.— **Kahn (M.)**. A plea for the abandonnement of the abdominal belt after celiotomy. *The Philadelphia med. J.*, juin 1903, p. 937.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Ahlfeld**. Ein Fall von dorso-anteriorer Vorderhauptslage. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 16, p. 481. — **De Maldé**. Memoria sul metodo Varnier di assistenza al IV tempo del mecanismo di parto. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 3, p. 142. — **Demelin** Considérations sur le mécanisme de l'accouchement normal. *Archives de thérapeutique*, mai 1903, p. 185. — **Freiherm**. Ueber einige wesentliche Grundsätze bei Dammschutz und Expressio. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 24, p. 721. — **Kerr (M.)**. A new method for estimating the relative sises of the fœtal head a. maternal pelvis. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 1903, n° 4, p. 341. — **Scott P. Child**. Decreasing fecundity : its causes a. results. *The Philadelphia med. J.*, mai 1903, p. 867.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bondi** (J.). Ueber Fermente im Fruchtwasser. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 21, p. 633. — **Ehrenfest**. A method of determining the internal dimensions, configuration and inclination of the female pelvis. *Am. J. of obst.*, mai 1903, p. 577. — **Ferrari**. Nuovamente a proposito del tessuto elastico nel « magma reticularis ». *Archivio italian. di ginec.*, avril 1903, p. 88. — **Politi**. Contributo allo studio istologico della tromba et della decidua uterina nei primi periodi di gravidanza extra-uterina gravidica. *Archivio di ost. e gynec.*, avril 1903, p. 202. — **Schücking**. Zur Physiologie der Brefuchtung, Parthogenese und Entwicklung. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 20, p. 595. — **Russell Andrens**. On the anatomy of the pregnant uterus. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, 1903, n° 5, p. 419. — **Schrœder**. Ursachen der Blutdrucksteigerung während der Geburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1903, Heft 5, p. 561. — **Sereni**. Sulla trasmissibilita dei parasati della malaria della madre al feto. *La Clinica ostetrica*, 1903, n° 2, p. 41 — **Stephenson**. On uterine action. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, 1903, n° 5, p. 409.

DYSTOCIE. — **Audebert**. De la dystocie et en particulier de la dystocie des épaules, due à la contraction du releveur coccy-périnéal. *Rev. mensuelle de gyn., d'obst. et de pæd.*, Bordeaux, 1903, n° 4, p. 150. — **Coe, Johnson**. Pregnancy complicated by fibroid tumor. *Am. J. Obst.*, juin 1903, p. 721. — **Kempe**. Case of dystocia due to uterine myoma : cæsarean section. *British med. J.*, avril 1903, p. 840. — **Squires**. Hydrocephalus complicating labor. *Med. Record*, mai 1903, p. 775. — **Tucker Harrison**. Pregnancy and labor complicated by myomata. *Am. J. Obst.*, juin 1903, p. 732.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Griffith**. A clinical lecture on the diagnosis of pregnancy. *British med. J.*, avril 1903, p. 833. — **Mac Lennan**. On point in the teaching of the position and of presentation by vaginal examination. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1903, n° 4, p. 344.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Alfieri**. La gravidanza bigemina monocoriale e monoamniotica. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 4, p. 280, 331. — **Bichat**. Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine. *Revue de gynéc. et de chirurg. abdomin.*, juin 1903, p. 411. — **Jentzer**. Ein neues Zeichen von mehrfacher Schwangerschaft. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 17, p. 514. — **Sœger**. Zur Zwillings Statistik u. Diagnose. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 2, p. 206.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Buckley**. Case of extra-uterine pregnancy with attempted abortion. *Trans. of the North of England obst. a. gyn. Soc.*, mars 1903, p. 40. — **Gouillioud**. Hématosalpinx gravidique simulant l'hématocèle. Quelques remarques sur les grosses extra-utérines. *Bull. soc. chirurg. de Lyon*, juillet 1902, p. 307. — **Kober**. Ein Beitrag zur Frage der wahren u. vorgetäuschten Extrauteringravidität. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 22, p. 658. — **Leopold v. Dittel**. Ueber Extrauteringravidität. *Wiener med. Presse*, 1903, n° 18, p. 850 ; n° 19, p. 905. — **Noble** (**Ch.**). Preliminary report of an operation for abdominal pregnancy of twenty-one month's duration. *Philadelphia med. J.*, mai 1903, p. 908. — **Reifferscheid**. Zwei Falle von wiederholter Tubargravidität *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 22,

p. 661. — **Voigt**. Zur Bildung der Capsularis bei der Tubarschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 642.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Baumm**. Behandlung der Schadëlimpression bei Neugeborenen. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 19, p. 569. — **Bondi**. Die syphilitischen Veranderungen der Nabelschuar. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 223. — **Burrage**. A case of uterus bicornis duplex, with two cervical canals above, one external os a. stricture of vagina. *The Boston med. a. Surg. J.*, avril 1903, p. 443. — **Fischer (L.)**. Report on a case of fracture of the humerus in a new-born baby occurring during labor, with remarks on fractures in the new-born. *Annals of gyn. a. pæd.*, 1903, n° 4, p. 217. — **Gheorgio**. Fœtus achondroplasique, présentant aux mains et aux pieds de la polydactylie avec syndactylie. Bec-de-lièvre. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Bucharest, p. 13. — **Glockner**. Ueber ein fast ausscheislich aus Schilddrüsengewebe bestehendes Ovarialteratom *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 25, p. 790. — **Houghton**. Death of a fœtus following an injection of diphteria antitoxin into the mother. *Med. News*, avril 1903, p. 536. — **Kamann**. Zwei Falle von Thoracopagus tetrabrachiüs. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft. 3, p. 661. — **Keim**. Des sources de l'infection chez le nouveau-né. *Gazette des hôpitaux*, mai 1903, p. 595. — **Liepmann**. Die Ætiologie der congenitalen Zwerchfellherniez. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 780. — **Newman**. Congenital absence of the uterus. *Am. Gynecol.*, avril 1903, p. 346. — **Sikes**. Diffuse mentale hœmorrhage in infant after normal labour. *Trans. of the obst. Soc. of London*, janvier et février 1903, p. 44. — **Stevens (M.)**. Case of acute acromegaly. *British med. J.*, avril 1903, p. 778. — **Strauss**. Zur Kasuistik u. Statistik der Lithopadious. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII, Hft 3, p. 730. — **Wolff**. Ueber intrauterine Leichenstarre. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 549.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baumm**. Pubiotomie nach Gigli. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 31 mai 1903, Heft 5, p. 632. — **Bossi**. Zu der Mittheilung von A. Dührssen : Ist die Bossi'sche Methode wirklich als ein Fortschritt in den operativen Gebursthüllfe zu bezeichnen ? *Arch. f. Gyn.* Bd LXVIII, Hft. 3, p. 801. — **Cocq**. Dans quelles conditions la symphyséotomie est-elle réellement indiquée et quel doit être son manuel opératoire ? *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1903, n°, 1, p. 8. — **Dührssen**. Einweiterer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia graviditatis. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 16, p. 488. — **Erendorfer**. Zum konservativen vaginalen Kaiserschnitt, ausgefuhrt wegen unstillbaren Erhrechens in der Schwangerschaft. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 16, p. 483. — **Gache**. Medios para acelerar y provocar el parto. *Revista obstet.*, Buenos-Ayres, 1903, n° 3, p. 110. — **Green**. Repetition of cæsarean section on the same patient. *Am. J. of Obst.*, juin 1903, p. 773. — **Majocchi**. L'applicazioni di forcipe sulle natiche. *Annali di Ost. e Gyn.*, 1903, n° 5, p. 350. — **Mayer**. Sulla dilatazione metodo Bossi. *Archivio italiano di Ginec.*, avril 1903, p. 98. — **Nannoti**. Diece operazioni Cesaree Porro. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1903, n°s 2, 3, p. 173. — **Streckeisen**. Unter zwei Falle von Sectio cœsarea wegen Eklampsie. *Arch. f. Gyn.* Bd LXVIII, Hft. 3, p. 678. — **Trotta**. Taglio cesareo ripetato sulla stessa donna e seguito do ablazione totale delle tube. *Archivio di Ost. e Ginec.*, mars 1903, n° 3, p. 129. — **Truesdale**. Cœsarean section for placenta prœvia. *The*

Boston med. a. Surg. J., avril 1903, p. 359. — **Wolff.** Weiterer Beitrag zur Therapie der Geburt beim eigen Becken. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 249.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Aspell.** Constipation as an etiological factor in eclampsia. *The Am. J. of Obst.*, avril 1903, p. 483. — **Bandler (W.).** What is eclampsia. *The Am. J. of Obst.*, avril 1903, p. 433. — **Behm.** Ueber Hyperemesis gravidarum mit Aufstellung einer neuen Intoxicationstheorie vom Wesen der Krankheit. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 410. — **Brauer.** Ueber Graviditatsikterus. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 26, p. 787. — **Byers.** The early treatment of acute puerperal infection. *The British Gyn. J.*, mai 1903, p. 73. — **Chambrelent** et **Micheleau.** Diphtérie et Grossesse. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, mai 1903, p. 242. — **Coudert.** Septicémie puerpérale à localisations multiples. *La tribune méd.*, avril 1903, p. 323. — **Davis (E.).** The present treatment of puerperal septic infection. *The Phil. med. J.*, mai 1903, p. 864. — **De Perez.** Ruptura del cordon determinando una hemorragia intra-uterina. *Revista Obstet.*, Buenos-Ayres, 1903, n° 6, p. 233. — **Edebohls.** Renal decapsulation for puerperal eclampsia. *Am. J. of Obst.*, juin 1903, p. 783. — **Feinberg.** Die Abhangigheit der Hyperemesis gravidarum von Hysterie. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 25, p. 753. — **Fochier.** De l'ablation de l'utérus et de ses annexes comme moyen curatif de l'ostéomalacie. *Bulletin de l'acad. de méd.*, avril 1903, p. 578. — **Fothergill.** Some points in the prognosis and treatment of puerperal eclampsia. *The med. Chronicle*, mars 1903, p. 409. — **Froes.** Eclampsia no trabalho do parto. *Gazeta med. da Bahia*, 1903, n° 8, p. 355. — **Goth (J.).** Fruchtretention nach Zerreissung der schwangeren Gebarmutter. *Zent. f. Gyn.*, avril 1903, p. 417. — **Hellier.** Case of chorea gravidarum treated by inducing abortion. *The Lancet*, juin 1903, p. 1736. — **Helme.** Eclampsia of pregnancy with note on the use of Bossi's Dilator. *British med. J.*, avril 1903, p. 838. - **Higgins.** Further remarks on the treatment of placenta prævia. *The Boston med. a. Surg. J.*, avril 1903, p. 302. — **Jones (R.).** Puerperal insanity. *Trans. of the obst. soc. of London*, janvier et février 1903, p. 1. — **Jones.** Pregnancy complicated by suppurating hydatic cyst. *British med. J.*, avril 1903, p. 840. — **Josephson.** A case of adherent placenta retained and discharged after a long process of decomposition. Recovery. *Med. Record.*, juin 1903, p. 898. — **Kœnig.** Placenta monstre, éclampsie. *Revue med. Suisse Romande*, juin 1903, n° 6, p. 421. — **Pouey.** Quelques observations de rétrodéviation gravidique, traitement manuel. *La Gynécologie*, avril 1903, p. 120. — **Régis.** Paralysie générale et grossesse. *Journ. méd. de Bordeaux*, mars 1903, p. 215. — **Spurging.** Puerperal hyperpyrexia of Malarial origin. *British med. J.*, avril 1903, p. 841. — **Stewart (D.).** The circulation in puerperal eclampsia. *Med. News*, mai 1903, p. 974. — **Taussig.** Gonorrheal puerperal fever. *Am. Gynec.*, avril 1903, p. 334. — **Taylor.** On recurrent abortion, with special reference to that form due to deficient vitality of the mother, or both parents, and often associated with some hystory of tuberculose. *British med. J.*, avril 1903, p. 835. — **Vineberg.** The etiology, patology a. treatment of puerperal sepsis. *Am. J. of Obst.*, juin 1903, p. 765. — **Wetherill.** The rational treatment of puerperal infection. *Am. J. of the obst.*, mai 1903, p. 590.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Berthaut.** Tarnier et le forceps. *Revue mensuelle de gyn., obst. et pæd. de Bordeaux*, 1903, n° 6, p. 246. — **Lucas-Championnière.** Les injections vaginales en obstétrique, gynécologie et hygiène. *La Presse méd.*, 1903, n° 42, p. 397. — **Malatesta (L.).** Sulla nuova articolazione di forcipe. *La Clinica obstetrica*, 1903, n° 2, p. 64. — **Mirto.** Il tachiolo, suo uso in ostetricia e ginecol. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 5, p. 368.— **Tridondani.** Di un nuovo perforatore cranico. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 4, p. 291. — **Tridondani.** Ein neuer Kindsperforator. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 26, p. 793. — **Zangemeister.** Ein Dammschutzphantom. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 16, p. 493.

VARIA. — **Bossi.** Einfluss der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt u. des Puerperalstadisumauf die Muskelkraft. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 612.— **Buchura.** Wochenbettstatistik. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXIX, Hft 2, p. 305.—**Corminas.** Tota puerpera que tenga una mamitis agudo, no muere de infeccioni puerperal. *La Semana medica*, mars 1903, p. 201. — **Decio.** Rettificazioni storiche intorno alle prime vicense dei Brefotrofi milanesi e congetture sull'origine della ospitalita delle gravide. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 4, p. 217. — **Schultze.** On the problem of the determination of sex. *The British gyn. J.*, mai 1903, p. 80.

ERRATUM

Dans la Revue générale: *Puériculture intra-utérine*, publiée dans le numéro des *Annales* de juin 1903, s'est glissée une erreur concernant le travail de Madame de Bernson. Le mémoire de notre confrère est encore inédit, et les lecteurs des *Annales* n'en devront que plus de reconnaissance à Madame de Bernson, qui avait eu l'obligeance d'envoyer à M. Pinard son manuscrit *inédit*.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

SUR L'ÉTIOLOGIE DES OPHTALMIES DU NOUVEAU-NÉ

ET LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Par **V. Morax.**

La loi sur la santé publique du 15 février 1902, dont l'application vient d'entrer en vigueur, prescrit la déclaration obligatoire de « l'ophtalmie des nouveau-nés » pour les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes.

Il m'a semblé utile de rappeler quel est l'état de nos connaissances sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et de montrer les difficultés que l'on rencontrera dans l'application de la loi si l'on ne modifie pas certaines conceptions étiologiques qui ont pour effet d'engager la responsabilité des sages-femmes et des gardes.

Dans son rapport très documenté à l'Académie de médecine, le professeur Pinard (1) disait très exactement : « Il n'y a pas une ophtalmie des nouveau-nés, mais des ophtalmies de causes variées. » A la doctrine simpliste qui attribuait toute infection conjonctivale du nouveau-né au gonocoque, il faut substituer une doctrine plus complexe mais plus vraie : des infections variées peuvent atteindre la conjonctive du nouveau-né, de même qu'elles atteignent la muqueuse oculaire de l'adulte. Ce point est admis sans conteste par tous ceux qui ont étudié un peu attentivement ces ophtalmies du nouveau-né et qui ont demandé au diagnostic bactériologique la confirmation du diagnostic clinique.

Ophtalmie blennorrhagique. — Nous envisagerons donc

(1) A. Pinard, Prophylaxie des ophtalmies ou conjonctivites des nouveau-nés. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. XLVI, n° 28, p. 153, et *Annales de gynéc. et d'obst.*, janvier 1902.

successivement l'ophtalmie gonococcique ou blennorrhagique, puis les ophtalmies non blennorrhagiques. Il ne saurait y avoir de désaccord sur la proportion actuelle des ophtalmies blennorrhagiques par rapport aux infections non blennorrhagiques. Pour ne pas trop préciser, nous pouvons dire que l'infection blennorrhagique ne cause pas actuellement plus de la moitié des inflammations conjonctivales du nouveau-né développées du 1[er] au 15[e] jour. J'ai soin de dire actuellement, car il n'est pas douteux que l'infection blennorrhagique transmise de la mère à l'enfant est devenue moins fréquente ; en ce qui concerne les infections non blennorrhagiques de la conjonctive du nouveau-né, aucune observation ne nous autorise à admettre qu'elles se produisent plus souvent.

L'étiologie de l'ophtalmie blennorrhagique est d'une précision parfaite depuis les expériences de Piringer et la découverte du gonocoque par Neisser. C'est au développement de ce microorganisme qu'est due l'inflammation muqueuse et c'est par le contact direct de la conjonctive avec les liquides vulvo-vaginaux maternels que la transmission de l'infection se produit. Cette infection existe donc déjà au moment où la tête de l'enfant a franchi la vulve, mais il est exceptionnel qu'elle se traduise par des signes réactionnels avant le 1[er], le 2[e] ou le 3[e] jour après la naissance. Dans certains accouchements difficiles et prolongés, on peut constater à la naissance des symptômes d'inflammation conjonctivale avec sécrétion purulente ; j'ai pu étudier deux faits de cet ordre, mais, je le répète, il s'agit de cas exceptionnels et dont l'explication est d'autant plus simple que l'on note toujours une rupture de la poche des eaux 12 à 24 heures avant l'issue de la tête fœtale. Le docteur Armaignac (1) a relaté un cas où l'évolution de l'ophtalmie *in utero* avait entraîné une lésion cornéenne constatée à la naissance. L'examen bactériologique

(1) Armaignac, Un cas d'ophtalmie purulente congénitale. *Annales d'oculistique*, t. CXXVIII, p. 241.

n'a malheureusement pas été fait. Le seul point qui me semble offrir un certain intérêt dans ces cas d'ophtalmie congénitale, c'est la réduction que subit l'incubation. Il est fort possible que cette réduction soit liée aux températures différentes du sac conjonctival avant et après l'accouchement. Avant l'accouchement on doit admettre que cette température est celle de la mère, c'est-à-dire un peu supérieure à 37°,5, tandis que la température du sac conjonctival après la naissance ne dépasse guère 35°,5. Chez un sujet normal, les mensurations très précises de Silex, Giese, Hertel, ont montré que la différence entre la température rectale et la température conjonctivale était de 2°. Cette différence de température de 2° au moins du sac conjonctival du fœtus et du sac du nouveau-né est suffisante pour expliquer la rapidité d'évolution des symptômes de l'ophtalmie. Mais dans les conditions habituelles, c'est-à-dire dans le cas où selon toute vraisemblance la contamination de la conjonctive se produit au moment de la naissance, l'incubation oscille entre des limites beaucoup plus étendues sans que l'on puisse savoir quelle est la cause de la précocité ou du retard dans l'éclosion de la maladie ; dans certains faits les symptômes ne sont devenus manifestes qu'au 8e jour. Pour ma part, je n'ai pas observé d'ophtalmies blennorrhagiques débutant après le 8e jour, mais j'ai vu l'incubation durer ce laps de temps-là. Quoi qu'il en soit, le phénomène de l'incubation que l'on constate pour toutes les infections et qui constitue souvent par sa durée un caractère diagnostique intéressant, n'est pas susceptible d'une explication absolument satisfaisante et applicable à tous les cas. L'inoculation seule pourrait nous éclairer, mais pour l'infection gonococcique qui est spéciale à l'homme, ce mode de démonstration expérimentale nous est interdit ; nous devons donc nous contenter d'hypothèses parmi lesquelles celle qui suppose une variation dans la virulence des différents gonocoques nous paraît la plus vraisemblable.

Mais on peut supposer aussi, comme l'a fait de Wecker (1), que l'infection conjonctivale n'existe pas à la naissance, qu'à ce moment les paupières seules sont souillées et que c'est à l'occasion d'une toilette oculaire que le gonocoque déposé sur la paupière est repoussé dans le sac conjonctival. Cette interprétation nous permettra à la rigueur de comprendre les infections débutant le 3[e] ou 5[e] jour, mais il me semble que son insuffisance ressort du fait qu'elle ne peut être appliquée pour les cas débutant du 5[e] au 8[e] jour.

Piringer a fait une série d'expériences très précises sur la résistance du virus blennorrhagique, nous pouvons dire aujourd'hui sur la vitalité du gonocoque. On peut conclure de ses expériences que le pus blennorrhagique n'est plus infectieux 36 heures après qu'il a été retiré de la muqueuse qui l'a produit. On peut admettre que le gonocoque déposé dans le sac conjonctival ne réussit à prendre le dessus sur les moyens de défense de l'organisme qu'après quelques jours, mais nous ne pouvons, par contre, supposer que le gonocoque conserve sa vitalité plus de 36 heures sur la face externe des paupières, c'est-à-dire sur une surface qui ne lui offre aucune des substances nutritives dont il a besoin pour proliférer.

D'ailleurs, l'hypothèse de de Wecker, d'après laquelle l'inoculation du pus vaginal ne se fait pas directement sur la conjonctive mais sur les paupières, me semble infirmée par les faits d'ophtalmie blennorrhagique existant à la naissance. Je crois donc plus vraisemblable d'admettre la contamination conjonctivale primitive et la possibilité d'une incubation dont la durée peut osciller de 1 à 8 jours.

Une ophtalmie débutant du 1[er] au 8[e] jour peut donc être causée par le gonocoque. Nous n'en pouvons pas inférer cependant que toute ophtalmie survenant dans les 8 premiers jours soit due au gonocoque. Par contre, il y aura infi-

(1) De Wecker, Du mode de développement des conjonctivites. *La Clinique ophtalm.*, 1899, n° 1, p. 1.

niment peu de chances pour qu'une ophtalmie apparaissant après le 8e jour soit de nature gonococcique : pour que pareil fait se produise, il faudrait que la mère ou la garde atteintes d'un écoulement blennorrhagique en contaminent l'œil de l'enfant par leurs doigts au cours de la toilette. Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer un fait de cette nature, mais il est certain qu'il est possible.

J'ai exposé les points encore discutables de l'étiologie de l'ophtalmie blennorrhagique et je pense que le lecteur aura l'impression qu'il s'agit en somme de points de détail sans grande importance pratique ; l'étude doit néanmoins en être poursuivie.

Ophtalmies non blennorrhagiques. — J'arrive maintenant à la seconde partie de la question, de beaucoup la plus compliquée et la plus riche en inconnues, je veux parler des ophtalmies non blennorrhagiques du nouveau-né.

Tandis que l'examen microscopique, la culture sur milieux spéciaux permettaient de reconnaître dans la sécrétion de l'ophtalmie blennorrhagique la présence constante d'un gonocoque, dans l'ophtalmie non blennorhagique il n'en est plus de même : l'examen microscopique de la sécrétion est négatif ou fait constater la présence d'autres microbes que le gonocoque ; c'est même essentiellement sur l'absence du gonocoque que repose le diagnostic. Aussi avant d'aller plus loin, me semble-t-il nécessaire de montrer que cette absence du gonocoque n'est pas le seul caractère qui permette d'établir une différenciation. On pourrait supposer, en effet, qu'il s'agit d'une conjonctivite blennorrhagique semblable à celle qui atteint parfois l'adulte et qui est dite conjonctivite blennorrhagique par infection endogène, ou encore conjonctivite blennorrhagique spontanée ou métastatique. Dans cette forme de conjonctivite la sécrétion ne renferme pas habituellement de gonocoque.

Cette hypothèse ne saurait être maintenue en présence du fait de l'absence de toute autre infection blennorrhagique chez

le nouveau-né. Chez l'homme atteint de conjonctivite métastatique il y a toujours un autre foyer actif d'infection muqueuse. On peut encore objecter que très fréquemment l'inflammation de la muqueuse oculaire est accompagnée d'une inflammation semblable de la muqueuse nasale, ce qui n'est jamais le cas dans les conjonctivites blennorrhagiques métastatiques ou non.

Pour ces raisons nous devons rejeter toute intervention du gonocoque dans l'étiologie de ces ophtalmies pour lesquelles nous conserverons temporairement la désignation vague d'ophtalmies non blennorrhagiques.

Au point de vue clinique, ces ophtalmies non blennorrhagiques peuvent présenter une identité parfaite de symptômes et d'évolution avec l'ophtalmie blennorrhagique. Cependant cette identité est l'exception, et le plus souvent on peut de par l'analyse clinique prévoir ce que démontre l'examen microscopique et la culture, à savoir l'absence du gonocoque. Passons donc rapidement en revue les symptômes qui permettent d'établir cette différenciation tout en insistant sur ce fait que l'examen microscopique seul autorisera un diagnostic indiscutable.

L'époque d'apparition de la sécrétion est le plus souvent tardive, et l'on doit admettre en règle générale que toutes les ophtalmies qui débutent après le 7[e] jour appartiennent au groupe des ophtalmies non blennorrhagiques. Je n'ignore pas qu'on a décrit des cas d'ophtalmies blennorrhagiques débutant jusqu'au 17[e] jour (Grœnouw), mais en clinique toutes les exceptions se rencontrent, et nous devons nous contenter d'indiquer des moyennes.

La sécrétion est en général moins abondante que dans l'ophtalmie blennorrhagique. C'est tantôt une sécrétion légère correspondant à ce qu'on désignait autrefois du nom de sécrétion catarrhale, tantôt une sécrétion plus épaisse ayant franchement le caractère purulent, mais ne s'accumulant jamais dans le sac conjonctival en aussi grande abondance que la sécrétion blennorrhagique.

La bilatéralité de l'inflammation s'observe ici comme dans l'ophtalmie causée par le gonocoque. Il s'écoule un temps des plus variables entre le début de l'affection et l'invasion de l'œil du côté opposé.

Quant aux lésions cornéennes on peut dire qu'elles sont exceptionnelles. Dans certains cas cependant, on peut voir se produire une infiltration grisâtre avec ulcération superficielle qui ne m'a jamais paru comporter un pronostic grave. J'ai vu assez souvent des lésions graves de la cornée au cours de de l'ophtalmie, mais il s'agissait toujours d'ophtalmies gonococciques et presque sans aucune exception d'ophtalmies tardivement traitées. La cause des lésions cornéennes dans les ophtalmies non blennorrhagiques ne me paraît pas très facile à comprendre, car il n'y a pas plus dans la sécrétion que dans l'ulcère des microorganismes auxquels la lésion puisse être attribuée. Dans un cas il y avait eu, avant mon intervention, un attouchement avec le sulfate de cuivre en crayon ; j'ai pensé qu'un traumatisme léger avait pu produire l'érosion de la cornée. Mais dans un autre fait pareille interprétation ne pouvait être alléguée. L'évolution de cette ophtalmie est des plus variables : elle peut durer une semaine à un mois ou plus suivant les cas.

On le voit, par ce que nous venons de dire des caractères cliniques, il n'y a pas matière à une différenciation absolue. J'ai été plusieurs fois induit en erreur par l'aspect de la sécrétion et la réaction conjonctivale, mais très souvent néanmoins j'ai pu prévoir la nature non blennorrhagique de l'ophtalmie et l'absence du gonocoque.

Passons maintenant à l'étude bactériologique de la sécrétion de ces conjonctivites non blennorrhagiques. On peut encore établir quelques distinctions. Un petit nombre de ces conjonctivites sont dues à des infections spécifiques semblables à celles que l'on rencontre chez l'enfant ou l'adulte.

On trouve quelquefois le pneumocoque et très rarement le

bacille de Weeks ou le diplobacille. Lorsque Terrien (1) me fait dire que la conjonctivite bénigne des nouveau-nés « est généralement due au pneumocoque ou au bacille de Weeks », il m'attribue inexactement une opinion contraire aux faits (2). Les cas où l'on trouve un microbe susceptible d'être incriminé ne sont pas en majorité et même dans certains cas où le pneumocoque existe il n'est pas très certain qu'il ne s'y rencontre pas à titre accidentel. Or ce sont précisément ces faits où l'examen bactériologique pratiqué dans les meilleures conditions et dès le début montre l'absence de tout microbe pathogène qui me paraissent extrêmement importants pour juger la question des ophtalmies non blennorrhagiques.

En voici quelques observations choisies dans la clientèle particulière, parce que j'ai pu en suivre exactement l'évolution et avoir des renseignements précis sur les conditions d'apparition et sur la santé des parents.

Obs. I. — L'enfant A..., né dans des conditions absolument normales, est un gros bébé bien constitué qui a été pris, 12 jours après la naissance, d'une conjonctivite de l'œil droit. La mère a une bonne santé et la grossesse comme l'accouchement n'ont présenté aucune particularité. Le père est atteint d'une affection nasale chronique qui a déterminé il y a 3 ans une otite avec perforation du tympan. Il est très sujet aux coryzas aigus.

Le 6 *septembre* 1898, les paupières de l'œil droit sont légèrement tuméfiées et agglutinées par une sécrétion muco-purulente peu abondante. Le médecin traitant fait faire des lavages boriqués fré-

(1) Terrien, Traitement des conjonctivites. *Presse médicale*, n° 67, p. 89, 1901.

(2) Voici ce que je dis dans ma thèse à propos de cette forme de conjonctivite : Après avoir constaté, comme tous les auteurs, la fréquence et l'abondance des gonocoques dans l'ophtalmie du nouveau-né, mon attention a été attirée sur ces faits de conjonctivite tardive. On trouve dans les observations de conjonctivite à pneumocoques un fait qui a trait à un enfant de 8 jours. J'ai également constaté les bacilles de Weeks chez un enfant de 12 jours. *En dehors de ces cas il en est d'autres où l'examen bactériologique ne m'a pas permis de me prononcer et pour lesquels de nouvelles recherches sont nécessaires.* (Morax, Th. Paris, 1894.)

quents, des instillations de sulfate de zinc. Comme ce traitement ne modifie pas la réaction conjonctivale, il a recours à des attouchements avec le cristal de sulfate de cuivre.

12. — Je suis appelé auprès de l'enfant parce que le médecin a remarqué sur la cornée une petite ulcération.

Je constate une légère injection conjonctivale avec sécrétion minime, mais par contre une très faible exsudation pseudo-membraneuse sur la conjonctive tarsienne. La cornée présente dans son segment inférieur une érosion superficielle sans infiltration ni trouble de ses lames. L'enfant a éternué assez fréquemment.

Je conseille de suspendre toute application de caustique, l'érosion cornéenne me paraissant d'origine traumatique. On continue des lavages fréquents et on y adjoint l'instillation d'atropine.

15. — L'état de la conjonctive ne s'est pas modifié. Il persiste une légère exsudation grisâtre sur la conjonctive tarsienne. L'érosion cornéenne n'a pas augmenté, mais la moitié inférieure de la cornée est un peu moins transparente. L'œil gauche, jusque-là normal, présente un léger gonflement et un peu de sécrétion. Cautérisation au nitrate d'argent au 1/40. Instillations fréquentes de sérum antidiphtérique.

17. — La sécrétion a un peu diminué dans les deux yeux. Cautérisation. Instillation de sérum antidiphtérique.

22. — La sécrétion conjonctivale est presque complètement tarie. La lésion cornéenne est très limitée. La respiration nasale est encore bruyante et il existe quelques concrétions dans les narines.

Un mois après, la lésion cornéenne cicatricielle forme une très légère taie excentrique à peine visible.

En résumé : *Ophtalmie muco-purulente atteignant l'œil droit 12 jours après la naissance, se propageant à l'autre œil 9 jours plus tard et s'accompagnant de légères exsudations pseudo-membraneuses. Erosion de la cornée non suivie de perforation et paraissant d'origine traumatique. Coryza. Guérison de l'ophtalmie après 20 jours.*

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la sécrétion pratiqué le 12 septembre ne décèle ni gonocoques ni aucun autre microorganisme net. La culture sur gélose ascite et sur sérum coagulé n'a révélé ni bacille diphtérique, ni autre microorganisme pathogène.

Obs. II. — L'enfant J... est né le 12 février 1898 dans des conditions normales. C'est un premier-né. La mère est en parfaite santé ; le père est atteint d'une affection nasale et pharyngée qui a été soignée par un rhinologiste.

Le 20 *février*, on constate un peu de sécrétion dans l'œil droit de l'enfant. Cette sécrétion se reproduisant le 21 et le 22, on instille ce jour-là une goutte d'un collyre au sulfate de zinc.

23. — J'examine l'enfant pour la première fois. Je constate à droite un peu de rougeur et de tuméfaction de la paupière avec injection conjonctivale et sécrétion assez abondante. La conjonctive tarsienne est recouverte par endroits d'une petite exsudation pseudo-membraneuse. L'enfant a éternué, mais ne présente pas de signes manifestes de coryza.

L'œil gauche est absolument normal.

On prescrit des lavages boriqués fréquents et une instillation quotidienne de nitrate d'argent à 1/50.

24. — Même état. Cautérisation.

25. — L'enchifrènement est très accusé ; la respiration nasale est bruyante. Même état. Cautérisation.

26. — L'œil gauche est injecté et présente un peu de sécrétion muco-purulente jaunâtre. Cautérisation des deux yeux.

27. — La conjonctive tarsienne de l'œil gauche présente une petite fausse membrane superficielle. Même état de l'œil droit. Rien aux cornées.

28. — Même état. Injection de 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Cautérisation au nitrate d'argent au 1/100.

1er *mars*. — Pas de modification.

2. — Moins de gêne de la respiration nasale. Pas d'exsudation pseudo-membraneuse sur la conjonctive.

3. — La sécrétion est un peu plus abondante. Rien aux cornées. Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/50.

4. — Même état. Cautérisation à 1/50.

5. — Amélioration, surtout marquée de l'œil droit.

8. — L'amélioration est très accusée à gauche aussi.

18. — Plus de sécrétion. Conjonctives et cornées normales.

L'enfant est atteint de végétations adénoïdes.

En résumé : *Ophtalmie survenant au 7e jour après la naissance, se propageant au second œil 6 jours après et s'accompagnant de coryza et de symptômes d'obstruction nasale.*

Persistance de la suppuration conjonctivale avec exsudations pseudo-membraneuses pendant 26 jours. Guérison complète sans lésions cornéennes.

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale est pratiqué le 23 février avant toute cautérisation au nitrate d'argent et le 4 mars.

Les deux examens ont été absolument négatifs en ce qui concerne la présence du gonocoque ou d'autres micro-organismes.

Le pus est ensemencé largement le 23 février sur gélose ascite et sur sérum de bœuf coagulé.

Les cultures sur gélose ascite ne donnent en tout que deux colonies de staphylocoques ; les cultures sur sérum restent stériles.

Obs. III. — L'enfant B... est né le 25 avril 1902. Il y avait un circulaire du cordon et il fallut appliquer le forceps au détroit inférieur. C'était un premier-né à terme, et dont la constitution générale était des plus saines. Rien à signaler dans les antécédents paternels ou maternels. Je relève seulement que le 30 avril la nourrice et la cuisinière ont été atteintes de coryza.

Le 2 *mai* (7e jour), on constate des deux côtés un peu d'injection conjonctivale avec sécrétion jaunâtre peu épaisse. On constate que l'enfant éternue et qu'il présente un peu de jetage nasal.

3. — J'examine l'enfant : il n'y a pas beaucoup de gonflement palpébral, mais en écartant les paupières on fait sourdre une goutte de pus jaunâtre peu épais. Rien aux cornées.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au 1/300.

Lavages toutes les deux heures.

4. — La sécrétion est assez abondante, mais séro-purulente.

Il existe sur la conjonctive tarsienne inférieure une petite fausse membrane. Cautérisation.

5. — Les deux conjonctives tarsiennes des deux yeux sont recouvertes de fausses membranes. Cautérisation avec une solution à 1/150.

6. — Même état. Cautérisation.

7. — Les fausses membranes persistent. Rien aux cornées. Cautérisation.

Du 8 mai au 12 mai, pas de modification manifeste. Pas d'augmentation.

On continue les cautérisations au 1/150.

12. — Il n'y a plus de fausses membranes.

15. — Toute trace d'inflammation conjonctivale a disparu.

En résumé : *Ophtalmie muco-purulente atteignant simultanément les deux yeux d'un nouveau-né sans antécédents et débutant au 7e jour. Coryza simultané. Apparition de fausses membranes légères se reproduisant pendant 8 jours et ne s'accompagnant d'aucune lésion de la cornée. Guérison complète en 13 jours.*

Examen bactériologique. — L'examen microscopique, pratiqué le 3 mai (avant toute cautérisation) et le 7 mai ne montre aucun microorganisme net dans les frottis. Il n'y a ni gonocoques, ni autres organismes spécifiques des conjonctives.

Le 7 mai (2 jours après le début des cautérisations), le pus est ensemencé sur gélose ascite et sur sérum coagulé.

Il ne se développe aucune colonie malgré un large ensemencement.

Obs. IV. — Je suis appelé auprès de l'enfant X... par le docteur Deffaux pour une ophtalmie dont le début remonte au 5e jour après l'accouchement. Il s'agit d'un premier-né. Le mari a eu sa dernière uréthrite il y a 4 ans ; elle n'a d'ailleurs laissé à sa suite aucune inflammation chronique. La grossesse s'est poursuivie dans des conditions normales. Il y a eu cependant quelques pertes blanches sans autres symptômes utérins ou uréthraux.

L'accouchement a eu lieu le 19 octobre au matin sans incidents. Le vendredi 24 au soir, la garde remarque l'existence d'une légère sécrétion conjonctivale à droite.

Le 25 *octobre*, il y a une goutte de pus dans l'œil droit et un peu de sécrétion de l'œil gauche. Notre confrère prescrit des instillations de collyre au protargol et l'application de pommade au protargol.

26. — La sécrétion purulente est plus accusée et les paupières du côté droit sont assez fortement tuméfiées. C'est à ce moment que j'examine l'enfant pour la première fois.

Lorsqu'on retourne la paupière supérieure de l'œil droit, on fait saillir une conjonctive tarsienne œdématiée et formant une fève de coloration rouge sombre, recouverte d'une sécrétion muco-purulente jaunâtre. La cornée est intacte.

A gauche le gonflement palpébral est moins accusé et ne porte que sur les deux tiers internes de la paupière supérieure. La con-

jonctive tarsienne est fortement œdématiée. Il y a une sécrétion muco-purulente jaunâtre. La cornée est normale.

Il n'y a pas de tuméfaction des ganglions péri-auriculaires. Il n'y a pas de coryza.

On fait une cautérisation au nitrate d'argent au 1/40.

17. — Les conjonctives tarsiennes des deux côtés sont recouvertes par des exsudats membraneux grisâtres, mais le gonflement palpébral et la sécrétion purulente ont un peu diminué. Nouvelle cautérisation.

28. — Moins de gonflement et moins de sécrétion. Rien à la cornée.

Les jours suivants les cautérisations au nitrate d'argent sont répétées jusqu'au 4 novembre. A cette date il n'y a plus ni sécrétion, ni gonflement palpébral, ni injection conjonctivale.

En résumé : *Ophtalmie du nouveau-né atteignant les deux yeux à peu d'intervalle, débutant au 5e jour après la naissance et caractérisée par du gonflement palpébral et une sécrétion franchement purulente jaunâtre avec productions pseudo-membraneuses, le lendemain de la première cautérisation. Guérison complète en 12 jours sans lésion cornéenne.*

Examen bactériologique. — L'examen a été fait le 26 octobre. Les frottis faits avec la sécrétion conjonctivale ne renferment ni gonocoques, ni aucun autre organisme net.

Le pus est ensemencé sur des tubes de gélose ascite recouverte de sang de lapin ou de sang humain. Les tubes placés à l'étuve à 37° ne présentent qu'une seule variété de colonies. Ces colonies blanches opaques et de petites dimensions sont constituées par un bacille massué, prenant le Gram, formant un léger dépôt dans le bouillon et présentant tous les caractères du bacille massué du sac conjonctival normal. Elles sont au nombre de 20 à 40 par tube ensemencé avec une goutte de pus. C'est dire que le nombre des microbes est relativement très faible, ce que nous montrait déjà l'examen microscopique.

Obs. V. — La jeune Mercédès S... est née le 3 mars 1900 dans des conditions absolument normales. La grossesse et l'accouchement n'ont rien présenté de spécial, et il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Trois jours après la naissance, l'œil gauche est devenu le siège

d'une sécrétion purulente assez abondante. On a noté en même temps de l'enchifrènement nasal et des éternuements assez fréquents. La respiration nasale a toujours été bruyante.

Au 13e jour l'œil droit a été atteint à son tour malgré les instillations quotidiennes de nitrate d'argent à 2 p. 100 faites par le docteur Hean, qui m'adresse l'enfant le 28 mars 1900.

Je constate un peu de gonflement palpébral avec sécrétion muco-purulente peu abondante. A gauche, la cornée présente une infiltration grisâtre sans réaction périkératique manifeste.

Je conseille une pommade iodoformée, des instillations d'atropine et une solution de protargol à 1/10.

Le 3 avril, la sécrétion diminue, mais l'infiltration cornéenne persiste. Le 7 avril, il s'est formé une véritable ulcération au niveau de l'infiltration cornéenne. Autour de cette ulcération la cornée présente un léger trouble diffus. Le 9 avril, cette lésion ne se modifiant pas; on pratique avec le galvano-cautère une cautérisation superficielle des bords de l'ulcère. On repète cette cautérisation le 11 avril. A partir de ce jour l'amélioration se produit lentement; le 28 avril il n'y a plus d'ulcération et l'infiltration cornéenne a beaucoup diminué. L'enfant continue à avoir du coryza.

Le 15 mai le leucome est très léger et ne recouvre que le quart inférieur de la pupille.

En résumé : *Ophtalmie muco-purulente débutant le 3e jour dans un œil et atteignant le second œil 10 jours plus tard. Coryza. Infiltration, puis ulcération cornéenne unilatérale à évolution torpide. Guérison de la conjonctivite en 28 jours. Guérison de l'ulcère cornéen sans perforation et sans trouble très marqué de la transparence cornéenne centrale.*

Examen bactériologique. — L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale (28 mars) et du produit de raclage de l'ulcération cornéenne (5 avril) a été complètement négatif, tant au point de vue de la présence du gonocoque que de tout autre microorganisme.

Il n'a pas été fait de cultures.

Comment interpréter la réaction inflammatoire dans ces cas, où aucune étiologie précise ne s'impose, où la sécrétion se montre stérile ?

Il est possible qu'il s'agisse d'une infection dont nous ne

connaissons pas le microbe, nos procédés actuels de culture ou d'examen microscopique ne nous permettant pas de le mettre en évidence, comme c'est le cas pour l'infection granuleuse. La bilatéralité de l'inflammation, la contamination précoce ou tardive du second œil sont des faits qui plaident en faveur de la nature infectieuse du processus; à défaut d'une démonstration expérimentale, ils peuvent suffire pour justifier l'hyphothèse d'une infection transmissible et susceptible d'avoir été transportée sur l'œil de l'enfant par la garde. Mais certains processus éruptifs peuvent s'accompagner de manifestations conjonctivales. Bien que rarement décrite, la conjonctivite syphilitique n'est pas exceptionnelle: j'ai eu parfois l'occasion de la noter chez l'adulte et dans un certain nombre de cas même, j'ai pu rapporter à cette étiologie l'ophtalmie non blennorrhagique et, sans microbes décelables, constatée chez des nouveau-nés. Je me garderai d'en conclure qu'il soit toujours nécessaire d'incriminer cette infection et je ne crois pas qu'elle soit susceptible d'expliquer plus du 1/20 des ophtalmies non blennorrhagiques du nouveau-né; il me semble néanmoins important de la signaler, non pas seulement pour elle-même, mais pour les considérations qui vont suivre.

Les quelques faits que je viens d'exposer nous montrent combien l'étiologie de ces ophtalmies non blennorrhagiques est encore obscure.

Il est vrai que les accoucheurs se font de cette ophtalmie une idée fort simple. Puisque l'infection ne vient pas de la mère comme lorsqu'il s'agit du gonocoque, elle ne peut provenir, pensent-ils, que de la garde ou de la sage-femme. On a affaire à une infection secondaire dont elles sont responsables. « Dans ma clinique, dit le docteur Pinard, j'ai 5 salles dans lesquelles les enfants sont lavés, baignés et changés par des nourrices... Souvent le changement de nourrice s'accuse par l'apparition de quelques cas d'ophtalmie... Remplacées par des nourrices plus soigneuses, plus intelligentes, plus dévouées, toute trace d'ophtalmie disparaît. Il y a donc réellement une

infection par le milieu extérieur, qui produit l'ophtalmie secondaire. »

M. Pinard ne nous signale pas qu'il ait été fait d'examen bactériologique. Cela est regrettable, car la démonstration aurait gagné en netteté. Et puis ne s'agit-il pas de simples coïncidences? Une statistique complète de tous les cas apparus au cours de l'année eût été nécessaire pour l'établir. Méfions-nous toujours de la loi des séries qui, si fréquemment, fausse les conclusions des cliniciens. Envisageons la fréquence des ophtalmies non blennorrhagiques, non pas dans une seule clinique, mais dans différents pays. Quelques statistiques comprenant des cas dont le diagnostic a été contrôlé par l'examen microscopique et qui ont été établies en Allemagne, en Suisse ou en Suède nous montrent que la proportion des ophtalmies non blennorrhagiques ou blennorrhagiques est assez exactement la même dans les différents pays.

S'il s'agissait d'une simple question de propreté, nous devrions constater une différence entre les accouchées des classes pauvres et celles des classes riches. En réalité, cette différence n'existe pas, et si je m'en tenais à une statistique personnelle de clientèle particulière, je pourrais dire que la fréquence de l'ophtalmie non blennorrhagique est supérieure à celle de l'ophtalmie blennorrhagique.

Un autre fait important, c'est que nous voyons l'ophtalmie non blennorrhagique se produire dans les cas où l'on a procédé systématiquement à une instillation prophylactique (1) (nitrate d'argent, protargol, etc.).

J'ajouterai encore que s'il s'agissait d'une infection secondaire banale, on constaterait facilement dans la sécrétion purulente ou muco-purulente les microorganismes habituels des infections secondaires : staphylocoques pyogènes, streptocoques, pneumocoques, etc. Or, je le répète, la sécrétion

(1) Il est probable, d'ailleurs, que fort souvent on a mis sur le compte de ces caustiques l'ophtalmie non blennorrhagique, dont ils n'avaient pas empêché l'apparition.

purulente est souvent remarquable par l'absence de tout microorganisme.

Rien donc ne prouve que cette ophtalmie non blennorrhagique soit le résultat d'une contamination par la garde ou, tout au moins, qu'une faute lourde dans les soins à donner à l'enfant soit la cause provocatrice de l'ophtalmie.

S'agit-il d'une infection produite au moment de l'accouchement ou plus tard, nous n'avons, je le répète, aucun élément certain d'appréciation.

Si je discute l'hypothèse du professeur Pinard attribuant l'ophtalmie non blennorrhagique à une infection secondaire produite par la garde, ce n'est pas seulement dans le simple but de solliciter de nouvelles recherches sur cette question, mais encore et surtout parce que les conséquences qui découlent de cette hypothèse m'ont paru fâcheuses dans bien des cas.

Les sages-femmes et gardes d'enfants n'ignorent pas les idées du professeur Pinard et d'un assez grand nombre d'accoucheurs parisiens au sujet de l'ophtalmie. Elles savent que l'apparition tardive d'une ophtalmie est pour elles la certitude d'une admonestation ou plus. Dès lors, elles cherchent par tous les moyens à la dissimuler soit aux chefs de service, soit à l'accoucheur chargé de l'inspection. J'ai vu plusieurs fois à ma consultation hospitalière des enfants atteints d'ophtalmie blennorrhagique tardive dont les mères avaient quitté le service d'accouchement ou la sage-femme attachée à l'Assistance publique sans qu'on leur eût donné d'indications nécessaires au traitement de leur enfant. La sage-femme, cherchant avant tout à ne pas être rendue responsable d'une ophtalmie, n'en faisait pas la déclaration au chef de service; puis, lorsque la mère quittait le service, elle évitait de la renseigner sur une clinique ophtalmologique où elle aurait pu recevoir les soins indispensables. J'ai vu deux fois des lésions cornéennes chez des enfants tardivemeut traités par suite de la crainte qu'avait eue la sage-femme de faire sa déclaration au chef de service. C'est l'enfant, non la sage-femme, qui a subi les conséquences

de l'hypothèse que nous discutons, et il m'a semblé qu'il eût mieux valu enlever toute responsabilité à la sage-femme et l'encourager au contraire à déclarer toutes les ophtalmies précoces ou tardives survenant chez des nouveau-nés.

M. Pinard réclame la déclaration obligatoire des ophtalmies du nouveau-né. Cette déclaration peut paraître utile pour deux raisons : d'abord parce qu'elle permettra de se renseigner sur la fréquence d'une affection qui (en ce qui concerne au moins l'ophtalmie blennorrhagique) rentre dans les maladies évitables ; en second lieu, parce que les sages-femmes qui, le plus souvent, feront la déclaration, perdront peut-être l'habitude de considérer l'ophtalmie comme une affection insignifiante ne nécessitant que quelques lavages (1). Mais si l'on veut que les sages-femmes fassent la déclaration de l'ophtalmie du nouveau-né, il est, avant tout, indispensable de leur enlever toute responsabilité dans la production de l'inflammation oculaire. — Il arrivera sans cela ce qui se passe déjà, et la déclaration obligatoire ne donnera pas les seuls résultats qu'on puisse en attendre.

Ce ne sont pas, en effet, les avantages de la désinfection obligatoire qui justifient la déclaration. Il est même regrettable que l'on n'ait pas fait pour l'ophtalmie des nouveau-nés une 3e catégorie de maladies dont la déclaration est obligatoire et la désinfection facultative.

La désinfection dans le cas d'ophtalmie gonococcique du nouveau-né n'a aucune valeur pratique. Nous savons, en effet, et les expériences de Piringer ne laissent la place à aucun doute, que le gonocoque ne vit pas plus de 36 heures loin de la muqueuse sur laquelle il a végété. Dès lors, il suffira d'attendre 36 heures après la fin de toute sécrétion pour

---

(1) Les sages-femmes encourent une grande responsabilité dans *les complications* de l'ophtalmie blennorrhagique, car, trop souvent, elles n'avertissent pas la mère des dangers possibles de l'affection. A sa clinique, notre excellent maître, le docteur Parinaud, ne manquait pas de poser aux mères venant tardivement réclamer nos soins, la question : « Pourquoi venez-vous si tard ? » Et la réponse était toujours : « La sage-femme a dit que cela ne serait rien .»

obtenir une désinfection aussi parfaite que celle que peuvent réaliser les services publics et qui aura, en outre, le mérite incontestable de ne pas exiger la dépense d'un centime.

CONCLUSIONS

Je me résumerai en disant :

Sous le nom d'ophtalmie du nouveau-né, on a groupé une série d'infections conjonctivales dont l'étiologie est très nettement connue et déterminée pour les unes, tandis que, pour les autres, elle est encore sujette à discussion. L'infection par le gonocoque est la cause de la moitié des cas d'ophtalmie survenant dans les huit premiers jours après la naissance.

Parmi les ophtalmies qui débutent pendant les huit premiers jours ou après ce délai, il en est un très petit nombre qui reconnaissent pour cause une infection déterminée par un bacille spécifique (bacille de Weeks, diplo-bacille) ou par le pneumocoque ou le streptocoque (?).

Chez le plus grand nombre des malades, l'examen de la sécrétion conjonctivale ne révèle la présence d'aucun microbe à laquelle puisse être rattachée l'infection. Pour un très petit nombre de ces faits, il semble que l'inflammation conjonctivale, comme le coryza, relève d'une infection hérédo-syphilitique. Enfin, pour le reste des cas, toute conclusion étiologique me paraît prématurée. Rien n'autorise à penser que l'ophtalmie non blennorrhagique soit la conséquence de la malpropreté de la sage-femme ou de la garde. Cette interprétation a, en outre, le gros inconvénient de rendre plus difficile la déclaration et le traitement précoce de l'ophtalmie des nouveau-nés.

LES EXOSTOSES DU BASSIN AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

EXOSTOSES OSTÉOGÉNIQUES

Par M. **Constantin Daniel**, interne des hôpitaux,
Répétiteur à la Clinique Baudelocque.

On a pendant longtemps décrit, et l'on continue à entendre sous le nom générique *d'exostoses*, toutes les productions osseuses inflammatoires ou néoplasiques se développant sur le squelette ; et, dans beaucoup d'observations, l'on voit souvent confondre les *ostéomes*, véritables tumeurs osseuses ou exostoses vraies, avec les *ostéites*, productions inflammatoires, et avec les *ostéophytes*, formations réactionnelles, s'élevant à la surface des os au niveau d'un foyer inflammatoire ou d'une fracture. Les ostéosarcomes, les enchondromes et les fibromes furent souvent confondus avec les exostoses. Il n'y a qu'à parcourir les vieux traités de pathologie, pour se convaincre que le mot exostose fut appliqué indifféremment à toutes les tumeurs des os. Aux exostoses syphilitiques et goutteuses (Verduc, *Traité de pathol. chirurg.*, 1701), Leclerc (1706) ajoute les exostoses scrofuleuses ; puis on décrit des exostoses cancéreuses (Houstet, *Mémoires de l'Ac. de chirurgie*), dartreuses (Boyer), hydatiques, etc.

On comprendra ainsi la confusion qui règne sur les observations d'*exostoses du bassin* publiées jusqu'à aujourd'hui, elles se rapportent en grande partie à d'autres productions pathologiques des os, inflammatoires, trophiques ou néoplasiques. En effet, on a, sous le nom d'exostoses pelviennes, décrit toute saillie ou tumeur osseuse développée sur les os du bassin. Et, dans les diverses observations de ce genre, on reconnaît qu'il s'agit :

1° Tantôt d'*exostoses vraies* ; 2° tantôt *d'autres productions*

pathologiques : ostéophytes, ostéites, épines osseuses rachitiques (bassin à épines de Kilian), tumeurs solides des os (ostéo-sarcomes, carcinomes, enchondromes, etc.) et même cals difformes du bassin.

Ce n'est qu'à partir de Dupuytren, qui, observant une série d'exostoses ne rentrant point dans les groupes cités, que fut créé le mot d'*exostoses essentielles* ; à partir de ce moment de nombreux travaux limitèrent la compréhension du terme exostose. Les études de Broca, établissant l'origine juxta-épiphysaire de ces tumeurs, celles de son élève Soulier (1), les travaux ultérieurs de Reclus (1874), la thèse de Patriarche (1891) (2), élucidèrent complètement la question. On doit actuellement entendre par exostoses ou ostéomes, *des tumeurs formées par du tissu osseux* (3). Par cette définition, nous devons, à l'exemple de Poncet (4), éliminer du groupe des exostoses toutes les autres productions osseuses, les *ostéophytes et hyperostoses*, qui sont des lésions secondaires réactionnelles au voisinage d'une fracture ou d'une inflammation osseuses, de même que les *exostoses symptomatiques*, productions osseuses primitives ou secondaires dues à des troubles trophiques de causes diverses, ou à un travail hyperplasique d'ordre inflammatoire. Ainsi compris, le cadre des ostéomes ou des exostoses vraies, dites idiopathiques, se trouve réduit, il ne comprend plus que les *exostoses de développement* ou *exostoses ostéogéniques*, et certaines enostoses.

Sous le nom d'exostoses ostéogéniques ou d'exostoses de développement (Broca), de périostoses cartilagineuses (Cooper), d'exostoses cartilagineuses (Virchow), on entend une anomalie, une monstruosité de développement du squelette, caractérisée par des productions osseuses, des ostéomes, sié-

---

(1) Soulier, *Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses*. Thèse de Paris, 1864.

(2) Patriache, *Des exostoses ostéogéniques*. Thèse de Bordeaux, 1891.

(3) Poncet, *Traité de chirurgie* de Duplay-Reclus, t. III, p. 3.

(4) Par tumeur nous entendrons, avec Cornil et Ranvier, toute production néoplasique ayant tendance à persister et à s'accroître.

geant surtout dans la portion épiphysaire des os longs et pouvant aussi intéresser les os larges. Le développement d'exostoses ostéogéniques du bassin se fait en général parallèlement à l'altération des os des membres ; d'autres fois, les ostéomes se forment indépendamment, sur les parois de l'excavation pelvienne, et ces exostoses peuvent être le point de départ d'erreurs de diagnostic. Sur 26 observations d'exostoses ostéogéniques, citées dans la thèse de Soulier, cinq fois les os du bassin étaient intéressés en même temps que ceux des membres, aussi bien chez l'homme que chez la femme ; l'altération isolée des os du bassin ne fut jamais observée par cet auteur. Dans la thèse de Patriarche, on trouve une observation (obs. II, appartenant à Piéchaud. Bassin d'homme), où, chez un enfant de 12 ans, à côté d'exostoses multiples des membres, on voyait sur le bassin une crête iliaque irrégulière, augmentée de volume, couverte d'exostoses ; d'autres exostoses en grains de chapelet existaient sur les branches ischio-pubiennes. D'autres enfin, grosses comme la moitié d'une noisette, faisaient saillie à l'intérieur du bassin. Dans une autre observation (obs. V, prise par Patriarche dans la thèse de Ribell, 1823), on trouve également des exostoses du bassin. Enfin, dans l'observation de Pic, les altérations du bassin sont des plus extraordinaires. Je reproduis dans la note (1) une

---

(1) Pic, Note sur un squelette atteint d'exostoses ostéogéniques, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirur.*, 1890. «... Il existait sur le bassin 47 exostoses environ, et une infinité de saillies et de rugosités difficiles à dénombrer ; aussi présente-t-il dans son ensemble, ainsi que l'on peut en juger d'après une figure, l'aspect d'un bassin épineux. (On peut voir cette figure reproduite dans le traité de Duplay-Reclus, t. III.) Les exostoses sont beaucoup plus irrégulièrement disséminées que sur les membres, quelques-unes siégeant au milieu des faces interne et externe de l'os iliaque, par exemple ; cependant, *la plupart paraissent s'être développées au niveau du point de soudure* de l'iliaque avec son épiphyse marginale ou avec le point complémentaire de l'épine iliaque antéro-inférieure ; d'autres, sur le bord du sourcil cotyloïdien, *aux points de soudure des 3 pièces primitives de l'os coxal* (cartilage en Y) ; certaines exostoses paraissent enfin avoir eu pour point de départ l'épiphyse de l'épine du pubis, *le cartilage unis-*

partie de cette observation, concernant le bassin, en soulignant les points intéressants ; cette observation, quoique répondant à un bassin d'homme, nous permettra de confirmer et d'expliquer le siège particulier des exostoses sur le bassin que nous avons étudié, et dont nous rapporterons plus loin l'histoire clinique.

Comme on le voit, quoique la caractéristique des exostoses ostéogéniques soit de se développer surtout sur les os longs des membres, les os larges, et particulièrement ceux du bassin, peuvent aussi être intéressés par le mécanisme que nous indiquerons plus loin (1).

*
* *

Il résulte, de ce qui précède, que par *exostoses du bassin* nous n'entendrons que les exostoses vraies liées à la croissance, qu'elles existent seules, ou qu'elles coexistent avec des tumeurs de même nature sur les os des membres.

Je passerai en revue les différents traités et publications importantes concernant cette question, et essaierai d'en dégager les observations répondant aux exostoses vraies du bassin.

Dans le *Traité de l'Art des accouchements*, de Tarnier et Budin, on lit les lignes suivantes : « Le développement des exostoses sur la face interne du bassin, sans constituer un état pathologique fréquent, n'est pas cependant d'observation exceptionnelle. Ce groupe d'exostoses comprend : les exostoses proprement dites, offrant en certains cas les caractères

---

sant la branche ascendante de l'ischion à la branche descendante du pubis et celui de l'épiphyse marginale de l'ischion. »

(1) Les exostoses ostéogéniques ne sont pas l'apanage exclusif de l'espèce humaine. Les animaux en présentent parfois des exemples. Legroux rappelle dans une communication que le professeur Ball lui a dit avoir vu, au musée royal de Dublin, le squelette d'un lion né à la ménagerie de cette ville, sur lequel existaient de nombreuses exostoses de croissance. (Société médicale des hôpitaux, séance du 4 juillet 1890.)

propres aux tumeurs qui se développent pendant l'adolescence, et qui siègent au niveau des cartilages juxta-épiphysaires des os longs ; les saillies produites à la face interne ou sur la marge des bassins rachitiques ; les ostéophytes d'origine inflammatoire. » Dans le groupe des exostoses, les auteurs du traité font rentrer également les tumeurs volumineuses du bassin, puisqu'à la page 340 du troisième volume on voit figurée (fig. 130) une énorme tumeur osseuse du pubis, déposée au musée Dupuytren. Nous avons vu cette pièce, portant le n° 454, déposée au musée par le professeur Moreau, mais nous ne saurions, pour notre part, ranger cette pièce parmi les exostoses du bassin. La pièce porte d'ailleurs l'étiquette suivante : « Enchondrome ossifiant végétant, qui remplit presque complètement l'excavation pelvienne. »

Les exostoses du bassin, considérées comme cause de dystocie, ont été étudiées par de nombreux auteurs. A part quelques observations déjà anciennes, répondant à diverses tumeurs développées dans la cavité pelvienne, c'est Elie de Haber (1) qui, parmi les premiers, rassembla, dans sa thèse soutenue à Heidelberg en 1830, les principaux cas connus de tumeurs osseuses du bassin ayant mis obstacle à l'accouchement. Nægelé (2), plus tard, en 1837, reprenant cette même étude, remonte à la source de toutes les observations publiées jusqu'alors, analyse chacune d'elles, et élimine de ce cadre tous les cas douteux. Le travail de Nægelé fut complété par Puchelt, dans sa thèse soutenue en 1839 (3). Dans le chapitre intitulé : « Déformations du bassin par tumeurs naissant des parois de l'excavation », Lenoir (4) décrit dans ce même

(1) El. de Haber, Dissert. inaug. *Exostosis in pelvi*. Un extrait de cette thèse se trouve dans : *Journal complémentaire des sciences médicales*, 1831, t. XL, p. 238.

(2) Nægelé, *Des principaux vices de conformation du bassin et spécialement du rétrécissement oblique* (traduit de l'allemand par Danyau), 1840, p. 142-213.

(3) Puchelt, *Traité des tumeurs du bassin qui font obstacle à l'accouchement*, 1839, Heidelberg.

(4) Lenoir, Sée, Tarnier, *Atlas complémentaire de tous les traités*

groupe les *exostoses vraies du bassin* et les *fausses exostoses* (exostoses ostéo-cartilagineuses, exostoses cartilagineuses, enchondromes), et les *ostéophytes*. Parmi les exostoses vraies, cet auteur donne comme type une observation empruntée à l'ouvrage de Nægelé qui ne semble pas rentrer dans ce que l'on doit désigner actuellement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sous le nom d'*exostose*; et malgré les assertions de Lenoir, qui dit à la page 38: « nous allons reproduire, avec détails propres à lever tous les doutes sur leur authenticité, trois de ces observations qui nous paraissent avoir pour sujet chacune des trois variétés de tumeurs osseuses du bassin, que nous avons comprises sous le nom générique d'exostoses », à leur lecture, il semble difficile de considérer comme *type* ces observations incomplètement étudiées, non suivies de contrôle anatomique, et où la tumeur avait pris un développement considérable. C'est ainsi que, dans l'observation de Leydig, communiquée à Nægelé, on trouva à l'autopsie une *tumeur énorme* s'élevant de la face antérieure du sacrum, qui à la lecture de l'observation semble plutôt être un ostéo-sarcome (1).

C'est là aussi l'avis de Schauta qui, dans le traité de Müller (2), en figurant le cas de Leydig — considéré par les classiques comme une exostose du bassin — y met l'inscription: Tumeur du sacrum, vraisemblablement un ostéo-sarcome.

Dans une deuxième observation rapportée dans Nægelé (3) et communiquée par Kibbin à Cumpbell, il s'agit aussi d'une

---

d'accouchements. Paris, 1864, p. 86, 94, 100 (du texte) et planches 22, 23 (de l'atlas).

(1) Nægelé, *loc. cit.*, p. 226.

(2) Muller, *Handbuch der Geburtshulfe*, II, p. 386.

(3) Cette observation a fait l'objet de la thèse de E. de Haber, soutenue à Heidelberg, en 1830. Le titre de cette observation est : *Observation sur un cas très rare de parturition rendue impossible par une exostose pelvienne*, etc. Voici les détails anatomiques qu'on trouve dans Nægelé : « La texture de l'exostose est compacte et celluleuse; les cellules et les interstices, de formes variées, contenant un liquide

énorme tumeur partant de la face antérieure du sacrum.

J'ai enfin parcouru différents mémoires et observations se rapportant aux exostoses du bassin, publiées dans la littérature médicale française et étrangère, et essayé d'isoler les faits répondant aux vraies exostoses du bassin, ainsi que nous l'entendons, c'est-à-dire les exostoses ostéogéniques.

De tous les travaux publiés, traitant d'exostoses du bassin, les uns n'ont pu nous être procurés, comme le travail de Meinhold (1) et celui de Guthrie (2). Nous n'avons pu avoir non plus quelques observations mentionnées dans la statistique de Harris (3).

Parmi les travaux consacrés aux bassins exostosiques, il y a des thèses ou des mémoires réunissant un certain nombre de faits, et des observations isolées, publiées dans les différents journaux médicaux. Comme principaux travaux récents concernant les tumeurs du bassin et les bassins à exostoses, au point de vue de l'accouchement, il n'y a guère que les publications de Stadfeldt, de Goder, de Neugebauer à l'étran-

jaunâtre, sont formées en partie par une membrane et surtout par des parois osseuses d'un tissu dur, solide et très semblable à la portion pétrée des temporaux. Toutes les cellules sont tapissées par une membrane ténue, blanchâtre. » (P. 225.)

(1) Meinhold, *Gleichmässig verengles Becken mit Exostosen und Ankylose des Os Sacrum und Os Coccygis*. Berlin, 1868. Dans le traité de Müller (p. 378, t. II), j'ai trouvé le résumé suivant de la publication de Meinhold : « Bassin généralement rétréci avec 90 millimètres de promonto-pubien et 107 de diamètre transverse ; nombreuses exostoses à la face antérieure du sacrum. I. Accouchement, forceps ; II. Version, céphalotripsie, mort par péritonite. »

(2) Guthrie (J.), *Cases of exostosis and placenta prævia*. (N. Zealand, M.-J. Dundin, 1890-1891, IV, p. 103.)

(3) R. Harris, The Operation of gastro-hysterectomy, etc. *Amer. Journal of med. science*, avril 1878, p. 321. Dans une étude, portant sur 71 cas d'opération césarienne, l'auteur donne 6 cas où cette opération fut pratiquée pour des *extostoses pelviennes* :

Scudday, *N. O. med. and surg. Journ.*, 1842, vol. VI, p. 355.
Byford, *Western Lancet*, 1848, vol. VII, p. 268.
Thomas Cottman, *N. O. med. and surg. Journ.*, 1853, vol. IX, p. 772.
Scudday, *N. O. med. and surg. Journ.*, 1850, vol. VI, p. 355.
Barker, *Amer. med. Times*. N. Y., vol. I, p. 361 ; vol. II, p. 55.
Jones et Keine, *The Clinic. Cincinnati*, aug. 1875, vol. IX, p. 64.



ger, et ceux de Havage et la thèse de Vaille, en France.

Stadfeldt (de Kopenhagen) (1), à propos d'une tumeur énorme observée à la clinique du professeur Howitz (enchondrome aréolaire, partant du périoste), étudie dans un mémoire les tumeurs du bassin, et donne une statistique où l'on trouve indiqués 5 à 6 cas d'exostoses du bassin, mais sans d'autres commentaires.

La thèse de Havage (2) envisage la question au point de vue clinique et chirurgical, et ce n'est qu'incidemment que l'auteur parle des tumeurs du bassin au point de vue obstétrical. Dans ses observations, on ne trouve point d'exostoses ostéogéniques, l'auteur visant surtout les ostéo-sarcomes du bassin. Il insiste bien sur ce fait : « qu'avant les grands travaux d'anatomie pathologique du dernier demi-siècle, on ne connaissait guère le sarcome des os, *et nous sommes convaincu*, dit-il, *que plus d'une fois le terme d'exostose du bassin a été employé pour désigner indifféremment toute tumeur osseuse*, quelle qu'en fût la nature. Nous sommes autorisé à croire que cette confusion s'est produite, si l'on veut bien remarquer que les exostoses du bassin, réputées fréquentes encore au commencement du siècle, sont devenues d'autant plus rares, que la texture intime des tumeurs osseuses a été étudiée de plus près. »

Les affirmations de cet auteur doivent être prises en considération d'autant plus qu'un certain nombre d'énormes tumeurs du bassin, décrites et figurées dans les traités anciens (Nægelé, Lenoir, etc.), et reproduites depuis dans la plupart des classiques, ne semblent être en réalité, étant donnée l'absence du contrôle anatomique, que des ostéo-sarcomes ou des enchondromes. Et, ce qui autorise à penser ainsi, c'est que depuis l'ère de l'anatomie microscopique, les auteurs n'ont plus rapporté de ces énormes exostoses du bassin, et,

(1) Stadfeldt, Die Geburt bei Geschwülsten des Becken. *Centralblatt für Gynæk.*, 1880, n° 22, p. 517.

(2) Havage, *Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin et sur l'ostéo-sarcome en particulier.* Thèse de Paris, 1882.

avec Havage, on peut penser que le volume de l'exostose ne dépasse guère celui d'une pomme ou d'un œuf de poule, et « il faut regarder comme exceptionnelles ces dimensions considérables de la tumeur » (p. 46).

Schauta (1), dans son article « die Beckenanomalien », donne un développement tout particulier à la question des tumeurs du bassin et spécialement des exostoses. Il essaye de classer ces tumeurs d'après leur structure histologique, et il adopte la division suivante : 1° ostéomes, exostoses, ostéophytes ; 2° enchondromes ; 3° fibromes ; 4° sarcomes ; 5° carcinomes ; 6° kystes. « Les exostoses, dit cet auteur, étant donné leur développement aux dépens des enchondroses, se trouvent là où il y a du cartilage, ainsi au niveau des articulations du bassin (promontoire, symphyse pubienne, articulation sacro-iliaque). La prolifération du cartilage (probablement à la suite d'une arthrite déformante) constitue, dans ces cas, le stade initial de l'exostose. » Dans ce chapitre, qui semble être un des plus complets parmi les traités classiques, il étudie d'abord les exostoses du promontoire, de la symphyse pubienne, des synchondroses sacro-iliaques, et finit par l'étude des bassins épineux, des ostéites, des périostites et des hyperostoses du bassin. Pour Schauta, presque toutes les productions osseuses décrites dans la première catégorie (ostéomes, exostoses, ostéophytes) se forment au niveau des articulations du bassin — là où il y a du cartilage ; — il désigne indifféremment ces productions sous le nom d'exostoses ou d'ostéophytes; quant au bassin à exostoses ostéogéniques, aucune mention n'y est faite.

Neugebauer (2), dans un mémoire concernant les exostoses du bassin, traite surtout de l'étiologie des exostoses du promontoire et des lésions du canal utéro-vaginal au moment de

(1) Schauta, *Müller's Handbuch der Geburtshulfe*, 1888, 2e vol., p. 373.

(2) Neugebauer, Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken, speciell der Ætiologie und Genese der Promontorialexostosen, und zu der Frage der Geburtsläsionen der hinteren Wand des Tractus genitalis, etc. *Zeitschrf. für Geburtsh. und Gynäk.* Stuttg., 1893, t. XXVI, 373-412.

l'accouchement. Dans ce travail, il rapporte quelques observations de productions osseuses au niveau du promontoire, les unes en pointe, hautes de 1 centimètre, les autres grosses comme une noix, et, d'après l'auteur, ces tumeurs seraient de cause rachitique ou ostéophytique; il insiste surtout sur le spondylolisthesis. Ce travail est suivi de quelques considérations sur la division des bassins exostosiques; les rétrécissements par exostoses sont classés par l'auteur en : *typiques* et *atypiques*. Dans le 2e groupe, il range toutes les néoformations osseuses du bassin et les anomalies consécutives aux fractures ; quant au 1er groupe, il contient les cas décrits par Kilian sous le nom de bassin à épines (Akanthopelys).

Goder (1), dans sa thèse soutenue à Halle, à l'occasion d'un ostéo-chondrome de la face antérieure du sacrum, cause de dystocie, ayant nécessité l'opération césarienne, aborde l'étude des tumeurs du bassin; dans une statistique de 81 cas, il indique 5 à 6 cas d'exostoses du bassin, sans commentaires, empruntés en grande partie au travail de Stadfeldt.

Il faut arriver à la thèse de Vaille (2), qui est le dernier travail documenté sur les tumeurs du bassin développées aux dépens du squelette pelvien. Il divise ces tumeurs en 3 classes, qu'on peut ainsi grouper : *a*) tumeurs bénignes de petit volume, irréductibles (exostoses, épines osseuses, cals difformes) ; *b*) tumeurs, malignes en général, dont le volume atteint de grandes proportions (ostéosarcomes, enchondromes); *c*) tumeurs bénignes, de volume variable, plus ou moins mobiles et susceptibles d'être enlevées (fibromes). Le travail de Vaille semble être parfaitement d'accord avec les connaissances actuelles sur les tumeurs développées sur les os du bassin, d'autant plus que l'auteur essaye de concilier l'anatomie avec la clinique. Sans spécifier la nature de cer-

(1) GODER, *Von den Beckenknochen ausgehende Tumoren als Geburtshunderniss*. Dissert. inaug., Halle, 1895.

(2) VAILLE, *Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction. (Tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien)*. Thèse de Paris, 1891.

taines tumeurs, c'est-à-dire leur origine ostéogénique, leur développement pendant la croissance, l'auteur a le soin de rappeler l'existence d'exostoses sur le bassin « se développant ordinairement là où il y a du cartilage ». Deux observations du travail de Vaille, données comme type d'exostoses du bassin, appartiennent réellement aux exostoses ostéogéniques : un cas du musée Dupuytren (pièce n° 385), déposé par le professeur Broca, où le sacrum présente une exostose sur sa face antérieure de la grosseur d'une petite noix et une autre tumeur sur sa face postérieure du volume d'une noix verte; cette pièce porte au musée l'inscription : « Sacrum; exostose. » Dans l'autre cas, de Birnbaum, dont il est parlé plus loin, la multiplicité des tumeurs est des plus remarquables.

Parmi les observations publiées sous le nom d'*exostoses du bassin*, on peut citer celles de Duret, Behm, Birnbaum, Marchand, Léopold, Korman, Fischel, Kompe, Hirst, Löhlein. A la lecture de ces cas, dont quelques-uns sont reproduits dans les traités classiques ou dans des thèses, je me suis convaincu que, dans presque tous ces cas, la confusion la plus marquée y règne, et qu'il s'agit d'autre chose que d'exostoses proprement dites du bassin. C'est ainsi que le cas de Duret (1) répond à une volumineuse tumeur remplissant l'excavation pelvienne ; le cas de Behm (2) est considéré dans le travail de Vaille comme un ostéosarcome. Ce n'est que l'observation de Birnbaum (de Giessen) (3), qui répond réellement à des exostoses ostéogéniques multiples. En voici le résumé :

Il s'agissait d'une femme atteinte de mal de Bright et qui eut pour cette cause de l'éclampsie. On fut obligé de recourir à l'accouchement prématuré, d'après le procédé un peu modifié de Cohen.

(1) Duret, Sur un bassin exostosé, dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 20 lignes. *Bull. Fac. méd. de Paris*, 1810, p. 148.

(2) Behm, Exostose du sacrum ayant nécessité l'opération césarienne. *Monatschr. für Geburtskunde*, 1854, t. IV, p. 12.

(3) Birnbaum, Becken mit multiplen Exostosen. *Monatschr. für Geburtskunde*, 1864, t. XXIV, p. 449.

Huit heures après le début de ces accès éclamptiques, pendant lesquels la malade eut 16 violents accès, on put introduire le *forceps* et l'on retira un enfant de neuf mois mort et présentant 6 doigts à chaque main. La mère succomba une heure après la délivrance, scit à l'épuisement, soit à une apoplexie droite produite entre la dure mère et le cerveau. Cette hémorragie pouvait déjà être présumée d'après les phénomènes de paralysie constatés, et qu'on retrouva à l'autopsie.

On trouva en outre, à l'autopsie, de la tuberculose des deux sommets, des adhérences pleurales, de l'hyperémie des bronches, des reins — ces derniers étant atteints des lésions du mal de Bright au deuxième stade, — le foie gras. L'estomac avait sa muqueuse ulcérée par places et le contenu de cet organe était mêlé de sang (il y avait probablement commencement d'hématémèse).

La paroi vaginale présentait, au niveau de l'espace de Douglas, une perforation des dimensions d'une ligne, due à une exostose de la synchondrose sacro-iliaque droite.

Le bassin, les tibias, les fémurs, les clavicules, les humérus et les os des avant-bras, étaient couverts de nombreuses exostoses symétriques ; les os longs n'en présentaient qu'à leur partie spongieuse.

Dans le numéro suivant du même journal, l'auteur parle des exostoses multiples et de leurs causes, en renvoyant pour plus de détails relatifs à ce sujet au travail de E. Vitt (Thèse de Giessen, 1856) ; il insiste en outre sur la polydactylie de l'enfant et sur l'état du sein gauche de la mère, le mamelon étant depuis longtemps perdu par suite d'une brûlure, les canaux galactophores se terminant en cul-de-sac dans le tissu cicatriciel (1).

Dans un autre cas de Marchant (de Bentz) (2), intitulé : « Observation d'exostose du sacrum, cause de dystocie. Opération césarienne », l'auteur ne donne pas de détails précis ; il semble qu'il s'agisse d'exostose ostéogénique solitaire. Voici le résumé de son observation :

(1) Pour faire valoir l'importance de certains faits, ils ont été imprimés en italique dans cette observation et dans les suivantes.

(2) Marchant, Exostose du bassin. *Journal de médecine de Bruxelles*, 1864, p. 497.

L'épouse J. L..., de Vaux, âgée de 31 ans, maigre, fortement constituée, n'a jamais été sérieusement malade avant son mariage. La charpente osseuse n'offre aucun vice de conformation appréciable extérieurement. Tous les membres de sa famille sont forts et bien constitués. Le flux menstruel, apparu chez cette femme de 17 à 18 ans, s'arrête brusquement, à la suite d'une frayeur, vers l'âge de 20 ans, sans altérer notablement la santé. Après 10 mois d'interruption, il reparaît spontanément et devient très régulier.

Mariée à 25 ans, elle eut 4 grossesses. La première arrive à terme au mois de juin 1859. Dans la matinée du 25, elle éprouve une perte légère, à la suite de laquelle les premières douleurs se déclarent. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir près de l'accoucheuse qui la soignait, le travail marchait bien ; les douleurs étaient intenses et régulières. Dix heures après le début du travail, le col de l'utérus était parfaitement dilaté, totalement effacé ; les eaux étaient écoulées ; l'occiput se présentait au détroit supérieur. Malgré la violence des contractions de la matrice, la tête restait fixée au détroit supérieur. *Trois médecins, successivement consultés, déclarèrent que l'exagération de la saillie, rétrécissant tant soit peu le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, retarderait la terminaison de l'accouchement, qui s'opérerait cependant par les seuls efforts de la nature.* Aucune manœuvre ne fut tentée, et, le 25, 50 heures après le début du travail, et 40 après la rupture de la poche des eaux, cette femme mettait au monde un enfant assez volumineux, bien conformé, donnant encore quelques faibles signes de vie, mais qu'on essaya en vain de ranimer. Le forceps, appliqué en temps opportun, aurait peut-être sauvé la vie de l'enfant, épargné à la mère bien des heures de souffrances, et prévenu une métrite grave qui la tint alitée pendant 6 semaines.

En 1860, seconde grossesse. Les douleurs de l'enfantement se déclarent dans la nuit du 1er au 2 août. Appelé à accoucher cette femme, je trouve le pied droit pendant dans le vagin et indiquant une position lombo-antérieure ; la partie supérieure du sacrum est fortement inclinée en avant ; le diamètre sacro-pubien réduit à 8 centimètres environ ; les douleurs sont normales ; le col utérin suffisamment dilaté. Étant parvenu à accrocher le genou gauche, j'exerce des tractions qui font aisément descendre le tronc, mais le dégagement des bras ne se fait pas sans de grandes difficultés, et la tête défléchie reste fixée au détroit supérieur. L'application

du forceps ayant été inutilement tentée, le cordon ne donnant plus aucune pulsation, je perçai le crâne par la nuque au moyen des ciseaux de Smellie. Aucun accident fâcheux ne survint à la suite de cet accouchement.

En explorant le bassin après l'extraction du fœtus, je trouvai une tumeur dure, osseuse, sans inégalités, recouverte seulement par la paroi vaginale, hémisphérique, remplissant le creux de la main, à base large, faisant corps avec la moitié supérieure du sacrum. Aucun autre os du bassin n'était ni déformé, ni contourné ; le diamètre transverse du détroit supérieur avait une étendue normale ; la colonne vertébrale n'offrait aucune déviation, et il n'y avait pas d'exagération de la courbure lombo-sacrée postérieure.

Quoique l'on eût fait comprendre à la femme L... les dangers d'une nouvelle grossesse, *elle devint enceinte une troisième fois* et arriva à terme le 9 juin 1862.

La tumeur osseuse s'est développée et a par conséquent augmenté encore le rétrécissement sacro-pubien. La tête se présente au détroit supérieur. Ayant inutilement appliqué le forceps, je pratique une seconde céphalotomie qui ne fut non plus suivie d'aucun incident.

En 1863, *quatrième grossesse*, arrivée à terme le 18 août. *Le développement progressif de la tumeur osseuse du sacrum réduit le diamètre antéro-postérieur du bassin à 5 centimètres.* Ce degré de raccourcissement rendait l'embryotomie aussi dangereuse pour la mère que l'opération césarienne. A ma demande, la femme consulta M. le docteur Dormal, de Huy, qui me fit savoir que, selon lui aussi, le plus prudent était de pratiquer cette dernière opération. La femme L... se résigna avec courage ; le désir de donner la vie à un enfant, le pressentiment de sa guérison, grâce à sa robuste constitution, lui donnèrent du calme et de l'espoir.

Une saignée abondante, quelques bains généraux, une alimentation légère, des laxatifs, tel fut le traitement auquel elle fut soumise pendant les 8 derniers jours de sa grossesse. Elle ressentit les premières douleurs vers 3 heures de l'après-midi, et vers 11 heures du soir, le col de la matrice étant complètement effacé, le travail dans toute sa force, les membranes prêtes à se rompre, il fut procédé à l'opération. Les premiers temps ne présentèrent rien de particulier, mais en incisant la matrice, je rencontrai le placenta inséré, partie sur la face antérieure et partie sur le fond.

Il fut décollé de la face antérieure, et l'enfant se présenta à l'ouverture par les fesses. A peine fut-il extrait du sein de sa mère, qu'il jeta vigoureusement ses premiers cris. Ayant terminé l'opération par l'extraction du placenta et de ses annexes, et soigneusement épongé les plaies utérine et abdominale, je réunis celle-ci au moyen du bandage unissant de M. Lebleu, de Dunkerque..... J'examine la femme L... 12 heures après l'opération : tranchées violentes, vomissements, pouls développé, fréquent. Les lochies s'écoulent bien. Saignée de 250 grammes. Vingt-quatre heures après l'opération : pouls fréquent, transpirations, ventre douloureux, légèrement ballonné ; lochies abondantes; 10 sangsues à la vulve; lavement huileux. Troisième jour : fièvre, léger gonflement des seins, ventre en assez bon état, calomel à la dose altérante.

A partir du quatrième jour, l'orgasme inflammatoire décline ; la plaie abdominale se cicatrise insensiblement en fournissant un pus peu abondant, de bonne nature ; les lochies s'écoulent comme dans un accouchement normal ; la malade récupère peu à peu ses forces sous l'influence d'un régime approprié. A ma dernière visite j'apprends avec plaisir que l'enfant, mis en nourrice, se porte bien.

Cette observation est suivie de quelques considérations générales sur les exostoses du bassin. L'auteur finit son travail en écrivant les lignes suivantes :

Je ne pense pas qu'il puisse rester de doutes sur la nature de la tumeur osseuse décrite ci-dessus, quoiqu'elle n'ait pas été confirmée par l'autopsie. Ses caractères, son développement lentement progressif, indolent, et ne se manifestant par aucun symptôme local, l'absence de tout signe de rachitisme et d'ostéomalacie, la rangent parmi les *exostoses*. Mais à quelle cause, à quelle forme pourrait-on rapporter cette exostose du sacrum ? Est-ce le résultat d'une ostéite ou périostite causée par la compression prolongée de la tête de l'enfant lors du premier accouchement ? Cela est peu probable, car cette compression violente et prolongée, si elle avait pu provoquer une ostéite ou une périostite, aurait aussi occasionné des dégâts considérables sur les parties molles et les organes contenus dans le bassin, ce qui n'a pas eu lieu. Il est plus juste d'ad-

mettre que l'exostose existait déjà, commençait à se développer lors du premier accouchement, et a pu faire croire à la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral.

Mais ce développement a-t-il été précédé d'un état inflammatoire? Aucun indice ne l'a prouvé, et, s'il n'était survenu de grossesse, rien n'aurait pu faire soupçonner l'existence de la tumeur. *Elle peut donc être considérée comme le résultat d'une surnutrition opérée dans l'os, d'une hypertrophie pure et simple, sans participation d'aucun état inflammatoire, et dont les causes sont ignorées.*

Léopold (1) décrit, sous le nom d'exostoses, des saillies en épines ou arrondies des os du bassin ; son observation, reproduite dans d'autres travaux, doit être considérée actuellement comme appartenant à un cas de bassin épineux (Akanthopelvis), d'autant plus que la femme, atteinte de scoliose, est rachitique. L'observation de Kormann (2) semble aussi rentrer dans cette catégorie. Il en est de même du fait de Fischel (3),

---

(1) Léopold (G.), Ueber ein schrägverzogenes rachitisches Becken mit selten zahlreichen Exostosen. *Archiv. für Gynæk.*, Berlin, 1872, t. IV, p. 336-344.

Il s'agit d'une pièce anatomique, trouvée à l'institut d'anatomie pathologique de Leipzig, sans note historique. Cette pièce comprenant 5 vertèbres lombaires, le bassin, et la moitié supérieure des fémurs, semble appartenir à une femme. Nombreuses exostoses et synostoses : 1° Les 5 vertèbres lombaires en présentent un très grand nombre ; 2° les crêtes iliaques sont parsemées d'ostéophytes rugueux et inégaux ; on trouve encore 2 petites exostoses, l'une en dedans de l'éminence ilio-pectinée, l'autre à 2 centimètres au-dessus de l'épine postéro-supérieure de l'os iliaque gauche. L'exostose la plus importante est celle qui siège à la face interne de l'os illiaque gauche ; elle a la forme d'une corne de rhinocéros, et a 8 centimètres de longueur, s'avançant d'arrière en avant ; 3° les fémurs présentent en arrière des ostéophytes isolés. En somme, il s'agit de déformation du bassin due au rachitisme, avec scoliose et avec épines osseuses.

(2) Kormann, Ueber ein allgemein verengtes, schrägverschobenes Exostosen Becken mit Ankylose beider Hüftkreuzbeingelenke. *Archiv. für Gynæk*, Berlin, 1874 ; vol. VI, p. 472. Dans ce cas il s'agit de nombreuses petites saillies, granuleuses ou en épines, sur les os du bassin. Elles seraient, d'après l'auteur, consécutives à une périostite subaiguë.

(3) Fischel, Ein Beitrag zur Genese und Geburtshilflichen Würdigung des Exostosenbeckens. *Prag. med. Wochenschr.*, 1880, 83.

Dans un article intitulé : *Contribution à la genèse et à l'impor-*

qui semble répondre à une ossification partielle du cartilage sacro-vertébral, occupant la moitié droite du promontoire, ayant la forme d'un champignon et la grosseur d'une noix. Dans le cas de Kompe (1), au contraire, on note une exostose du sacrum de 2-3 centimètres, en pointe, ayant altéré les parties molles, d'où mort de la femme par infection. Voici l'observation de Kompe :

Il s'agit d'une femme de 33 ans, IIIpare ; les accouchements antérieurs n'ont présenté rien d'anormal, mais ont duré chaque fois 48 à 60 heures. Le dernier remonte à 2 ans. Un des enfants est venu mort.

Le 3 février 1885, cette femme était à la fin de sa quatrième

---

tance des exostoses du bassin en obstétrique, l'auteur rappelle l'observation d'une femme rachitique à bassin plat, dont le premier accouchement dura près de 3 jours et nécessita une application de forceps ; après sa 2e grossesse, on fit une basiotripsie. L'examen du bassin ne permit de constater aucune tumeur osseuse. Deux ans plus tard elle devint enceinte pour la 3e fois. Examinée à cette époque, on constata au niveau de la moitié droite du promontoire une tumeur osseuse du volume d'une noix, en forme de champignon. Après la mort du fœtus, on pratiqua la basiotripsie ; au moment du passage des épaules, il y eut une rupture utérine complète, puisque le doigt explorateur sentait nettement les anses intestinales. La plaie fut suturée par le vagin, et la femme guérit. L'examen pratiqué le jour de son départ confirma l'exploration avant l'accouchement ; il y avait une proéminence excessive du promontoire, et à droite les disques intervertébraux étaient complètement recouverts de couches osseuses dures.

L'auteur pense que cette exostose (?) s'est développée entre le 2e et 3e accouchement ; quant à la pathogénie, il croit que sa formation est due au traumatisme de l'accouchement, qui avait produit de petites compressions et des froissements du périoste. Ces lésions, dit l'auteur, étant donnée l'évolution complètement aseptique, n'ont pas provoqué une inflammation suppurative, mais une *périostite hyperplasique ossifiante chronique* qui a abouti à la production de l'exostose en question.

J'ai résumé à dessein cette observation, où l'on voit de la façon la plus manifeste comment les différents processus irritatifs et inflammatoires sont décrits indifféremment sous le nom générique d'exostose.

(1) KOMPE, Kreuzbeinexostose als Geburtshinderniss. *Münchener med. Wohenschr.*, 1888, 22 mai, p. 351.

sitôt très violentes. Pendant la grossesse, l'état général était satisfaisant, et deux fois seulement elle a éprouvé des sensations de brûlures locales dans le dos.

L'examen pratiqué le 4 février, à 2 heures du matin, donna les renseignements suivants : poche des eaux tendue, orifice utérin laissant passer 2 doigts ; tête nettement située très haut, ballottante encore. Bassin modérément rétréci dans tous ses diamètres. Promontoire sensible au toucher. Bruits du cœur sur la ligne blanche. Première position occipitale. — Les contractions étant violentes, et les accouchements antérieurs s'étant terminés spontanément, quoique pendant une assez longue durée, on resta dans l'expectative. Le lendemain matin, à 10 heures, il n'y eut aucun changement dans l'état local, si ce n'est la dilatation très marquée de l'orifice ; la poche était très tendue. Les contractions étaient violentes, provoquant des cris. *Lorsque le col fut suffisamment dilaté, on se décida à pratiquer la version, l'engagement de la tête ne s'étant pas fait.* Au moment de l'introduction de la main, la poche se rompt et laisse s'écouler beaucoup de liquide ; les contractions de l'utérus étaient telles qu'il était impossible d'opérer sans anesthésie.

A 4 heures de l'après-midi, on pratiqua la version sous le chloroforme. *Cette version était rendue très difficile par la présence d'une exostose sentie par la main droite. Cette exostose partait du sacrum très haut et mesurait 2-3 centimètres de longueur ; elle diminuait d'autant le diamètre antéro-postérieur.*

Après des manipulations très pénibles, mais très prudentes, on parvint à ramener les petits pieds jusqu'au niveau de la tête fœtale, celle-ci ne pouvant pas passer au-devant de la proéminence épineuse.

Le collègue qui était chargé de l'anesthésie remplaça l'auteur et, après de longs mouvements de version et de torsion, finit par extraire le fœtus mort (poids, 4.000 gr. ; circonférence céphalique, 34 centimètres).

La délivrance se fit rapidement, sans lésion de périnée, mais avec prolapsus de la paroi vaginale postérieure. A l'inspection on ne trouva point de rupture du cul-de-sac postérieur, mais elle devait exister probablement au-devant de l'exostose. Injection intra-utérine d'eau phéniquée à 5 p. 100. Au réveil, la parturiente



se plaignit aussitôt de douleurs et s'assoupit après. Glace sur le ventre. Lavages phéniqués deux fois par jour. Pas de lochies fétides, pas d'hémorragie, fièvre peu élevée (38°), pas de frissons, mais pouls fréquent et somnolence interrompue par des plaintes de la malade. *Mort subite* le 6 février à minuit, sans que la malade ait repris connaissance. — Pas d'autopsie.

Il s'agissait donc d'une rupture étendue, siégeant entre l'utérus et le cul-de-sac vaginal postérieur, d'une part, et l'exostose sacrée d'autre part; cette rupture était consécutive au passage de la tête dans le petit bassin, et provoquée par une exostose sacrée en forme d'épine. La rétraction des lèvres de la plaie après l'expulsion du placenta explique ce fait que nous n'avons pas trouvé la plaie après l'accouchement.

Les exostoses sacrées ont déjà été décrites plusieurs fois; dans la plupart des cas publiés; elles causaient la mort de la mère par lésion de la région rétro-utérine. Schrœder signale également le danger pour la mère de ces exostoses proéminentes d'arrière en avant. Dans notre cas, le pronostic aurait été meilleur pour la mère, si au lieu de la version nous avions pratiqué la basiotripsie sur l'enfant vivant. Mais qui pouvait prévoir que cela marcherait si mal?

A la lecture de cette observation, il semble qu'il s'agisse là d'exostose ostéogénique du sacrum, solitaire, comparable à la pièce sèche (n° 385) déposée au musée Dupuytren par Broca.

Hirst (1), sous le nom de *pelvis spinosa*, publie un cas qui, à la lecture de l'observation, est un exemple des plus typiques de bassin exostosique.

S..., 24 ans, mariée depuis 4 ans, a eu deux enfants; le premier mort à 2 mois, le second né il y a 2 ans. *La femme a des ostéomes congénitaux sur les têtes des tibias; un frère et une sœur ont également des ostéomes* aux membres inférieurs. Son second enfant est vivant et bien portant, sans aucune excroissanee osseuse sur le corps. Après la naissance du premier enfant, il y a 3 ans et demi, elle remarqua, pour la première fois, une petite tumeur dure au niveau de l'épine postéro-supérieure de l'ilion droit, tumeur s'éten-

---

(1) Hirst, A pelvis spinosa. *Med. News*., Philadelphia, 1894, t. LXV, p. 667.

toujours joui d'une santé parfaite, jusqu'après la naissance de son deuxième enfant, époque à laquelle elle remarqua un accroissement subit et prononcé de sa tumeur iliaque, qui avait sérieusement augmenté de volume, et est maintenant aussi grande qu'une petite balle. Pendant cette période d'accroissement brusque, elle a ressenti dans la région lombaire une douleur qui a été en augmentant, s'étendant le long de la jambe droite jusqu'au gros orteil, douleur évidemment due à la compression du plexus sacro-lombaire.

L'examen vaginal montre une excroissance osseuse, pointue, faisant saillie de *l'éminence ilio-pectinée gauche, une autre exostose le long de la crête du pubis, et encore une excroissance osseuse au-dessus de l'éminence ilio-pectinée droite moins prononcée que celle de gauche, et enfin un gros ostéome au-dessus de l'articulation sacro-iliaque droite.*

L'histoire de la femme indique la possibilité d'une grossesse de quelques semaines ; au cas où cela serait certain, et si elle revient au dispensaire, je tenterai de provoquer le travail 3-4 semaines avant terme, cette manœuvre étant parfaitement innocente pour l'enfant et apportant à la mère tout le secours nécessaire, en assurant le passage à travers le bassin d'une tête fœtale, molle et compressible, qui ne perforera pas l'utérus en l'écrasant entre elle et l'exostose pelvienne.

Cette observation est précédée de quelques considérations générales sur le bassin épineux, et l'auteur insiste sur la fréquence des ruptures utérines dans ces cas, ces complications n'étant pas, d'après Hirst, imputables dans toutes les observations à l'existence seule des exostoses.

Dans son article, Hirst ne semble pas être fixé sur les bassins à épines et les bassins à exostoses; son observation, qui est un type de bassin exostosique, est intitulée Bassin épineux, et, d'autre part, dans son travail, il considère comme des cas analogues au sien des faits qui rentrent dans le groupe des bassins épineux.

Quant à l'observation de Löhlein (1), il ne s'agit là que d'un

---

(1) Löhlein, Exostose vor dem rechten Ileosacralgelenk im Anschluss

bassin rachitique ayant nécessité la symphyséotomie ; il s'est produit à la suite de cette opération, dit l'auteur, une exostose à l'articulation sacro-iliaque, consécutive à l'irritation de cette dernière.

Comme on le voit par cet aperçu bibliographique et historique, la confusion la plus marquée règne sur les bassins à exostoses vraies (exostoses ostéogéniques), et qu'une grande partie des observations intitulées exostoses du bassin ne sont en réalité que des productions osseuses de nature variable (ostéophytes, ostéites hypertrophiques, épines osseuses des bassins rachitiques, etc.), et que de tous les faits que j'ai pu analyser, on ne doit considérer comme observations authentiques de bassin exostosique, que les 4 cas qui suivent : les cas de Birnbaum et de Hirst (exostoses ostéogéniques multiples), et ceux de Marchand et de Kompe (exostoses solitaires, probablement ostéogéniques). A ces derniers cas, il faut ajouter une pièce anatomique du musée Dupuytren, déjà citée dans la thèse de Vaille (pièce n° 385). Trois de ces cas étaient pathologiques et nécessitèrent une intervention ; une seule fois l'accouchement s'est fait spontanément :

Birnbaum (exostoses multiples), application de forceps, enfant mort, mère morte.

Hirst (exostoses multiples), accouchement spontané, enfant vivant, mère vivante.

Marchand (exostoses du sacrum), opération césarienne, enfant vivant, mère vivante.

Kompe (exostoses du sacrum), version, enfant mort, mère morte (rupture utérine).

La mortalité maternelle et infantile a été énorme, puisque, sur 4 cas, il y a eu 2 morts, soit 50 p. 100.

Tels semblent être les différents faits de bassins à exostoses, observés, en rapport avec la puerpéralité.

---

an die Symphyseotomie entstanden. *Deutsche med. Wochenschr.*, Leipzig u. Berl., 1897, t. XXIII, p. 160.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 mai 1903.

TÉMOIN (de Bourges). — **Note sur plusieurs cas d'opération de grossesse extra-utérine.** — M. Témoin présente une série de 8 observations : 5 se rapportent à des grossesses extra-utérines, l'une à terme, les autres de moins de 5 mois avec inondation péritonéale ; les 3 autres sont des observations d'hématosalpinx sans fœtus.

Ces 8 observations ont été suivies de 8 guérisons.

La première a trait à une femme de 25 ans. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, mariée à 18 ans, elle n'a pas eu d'enfants. Les règles cessent en novembre 1896 ; le ventre grossit progressivement, surtout à droite et assez haut ; elle a quelques vomissements, les seins augmentent de volume. Les mouvements actifs se font sentir vers 4 mois et demi, mais à partir de ce moment la grossesse devient douloureuse ; le ventre se développe beaucoup à droite. Au milieu du mois d'août la malade ressent des douleurs plus vives, douleurs analogues à celles d'un accouchement que la sage-femme attend avec patience. Après 24 heures de douleurs, rien ne semble changer, un confrère revoit la malade. A ce moment le cœur fœtal bat encore : le diagnostic de grossesse extra-utérine est nettement posé. Le lendemain, les battements et les mouvements du fœtus ont cessé ; la malade a perdu et perd pendant quelques jours un liquide brunâtre, le faux travail s'est arrêté. La malade continue à être gênée, les douleurs qu'elle ressent depuis 2 mois persistent, bientôt elle maigrit. Devant la gravité de son état, elle consent à une consultation, le 1er octobre, c'est-à-dire 1 mois et demi après la mort de l'enfant.

Il s'agit, sans aucun doute, d'une grossesse extra-utérine remontant à 10 mois et demi, avec un enfant mort.

Après une incision sur la ligne médiane, l'œuf se présente aus-



sitôt, épais par endroits, mince en d'autres, noirâtre et semblant contenir du sang. D'une main introduite dans la cavité abdominale, M. Témoin s'assure de l'absence d'adhérences, puis le pourtour étant protégé par des compresses, incise la poche. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide sanguinolent, puis le fœtus à terme est extrait. Le placenta est à droite et sur la partie moyenne, il est enlevé avec la main ; il est noirâtre, ressemble à un vieux caillot macéré. La poche est réséquée presque entièrement ; le pédicule, qui comprend la trompe droite confondue avec l'œuf, est touché à l'eau phéniquée, réséqué aussi près que possible de l'utérus et suturé. Les annexes gauches sont respectées. Le ventre est refermé. La malade a guéri très rapidement. Les règles revinrent régulièrement comme après un accouchement.

Il y a 2 ans une nouvelle grossesse survint qui, cette fois, aboutit à un accouchement normal d'un enfant vivant.

Cette observation présente cet intérêt que la poche a pu être enlevée complètement et que la cavité a pu, séance tenante, être refermée.

C'est un cas analogue que publia Edgar en juillet 1899, cas relaté dans les *Annales de gynécologie*, et qui fut le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part Marnaughton, Jones, Bland Sutton, Bantock, etc. Il ressort de cette discussion que, si cette ablation est quelquefois facile ou possible, il en est d'autres où cette méthode expose aux pires dangers. Je suis en effet convaincu que si le sac présente des adhérences, suivant sa situation, la méthode de choix est, après l'évacuation, la suture des bords du sac à la paroi.

Elle est intéressante aussi par ce fait que les annexes gauches ont été respectées et que cette femme a eu depuis l'opération un enfant normalement venu.

Par la colpotomie postérieure, je pénètre rapidement dans une poche d'où il s'écoule d'abord des caillots un peu fétides, puis je sens avec le doigt la jambe d'un petit fœtus, que je puis facilement attirer en entier par la plaie que je viens de faire. Le petit cordon me guide pour enlever le placenta, qui vient assez facilement. La cavité est lavée avec une solution antiseptique ; un drain est placé dans cette cavité, entouré de gaze aseptique qui bourre la cavité.

Dès le lendemain la malade allait bien. Après une vingtaine de jours la guérison était complète.

La malade se porte très bien depuis ; ses règles sont régulières. Elle n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Dans un 2e cas, M. Témoin a préféré la voie vaginale à la voie abdominale, parce que la tumeur formée par le kyste fœtal était très accessible par le toucher, parce qu'il y avait de la fièvre, et parce que, surtout, il opérait au domicile de la malade, dans un milieu où il ne disposait pas de moyens qui rendent la laparotomie facile et inoffensive.

Dans les observations suivantes, il s'agit de grossesses extra-utérines avec inondation péritonéale survenant entre le 3e et le 4e mois, opérées avec succès par laparotomie.

Ces observations montrent le danger qu'il y a à méconnaître une grossesse extra-utérine, et font ressortir à nouveau combien est justifiée la formule du professeur Pinard : *toute grossesse extra-utérine commande l'intervention chirurgicale.* Chez 6 de ces malades il y a eu inondation du péritoine, et si l'intervention n'avait pas été aussi rapidement faite, ces femmes auraient succombé. Sauf une fois, où des indications spéciales avaient dicté une conduite opposée, c'est la voie abdominale qui a été choisie. C'est la seule qui permette de constater les désordres produits, qui puisse assurer l'ablation complète du kyste fœtal et garantir contre une hémorragie. Il est impossible en effet de reconnaître par la voie vaginale si on a affaire à un simple hémato-salpinx ou à une inondation péritonéale.

M. P. Segond a donné le meilleur enseignement, lorsqu'au Congrès de Marseille, en 1898, il disait que toute hémorragie constituée par un hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable en totalité, relevait uniquement de la laparotomie.

Dans tous ces cas la plaie abdominale a été fermée sans drainage. M. Témoin ne le croit pas indispensable, car la poche hématique peut s'enlever facilement et si le péritoine n'est pas rempli de caillots, il n'y a pas de raison pour se comporter autrement qu'avec un simple kyste de l'ovaire. Si les lésions sont telles qu'il faille faire l'ablation totale de l'utérus et des annexes, le drainage vaginal lui semble suffisant.

Enfin, si les observations d'appendicite pendant la grossesse sont déjà assez nombreuses, il n'en est pas de même de l'appendicite compliquant une grossesse extra-utérine, comme dans une des observations rapportées par M. Témoin.

Ch. Monod. — De la résection de l'appendice à froid au cours de la grossesse. — Tout a été dit, semble-t-il, sur la question de l'appendicite survenant au cours de la grossesse : fréquence de cette complication ; sa gravité tant pour la mère que pour l'enfant; utilité d'une intervention prompte dès que le diagnostic a été posé ; résultats cependant incertains de celle-ci, suivant le degré et l'étendue de l'infection.

En effet, d'après le relevé de Bapteste, auteur d'une bonne thèse sur le sujet, dans laquelle 67 observations ont été réunies, la mortalité sur 43 femmes opérées a été de 30 p. 100, tandis que chez celles qui ne l'ont pas été elle n'est que de 11 p. 100.

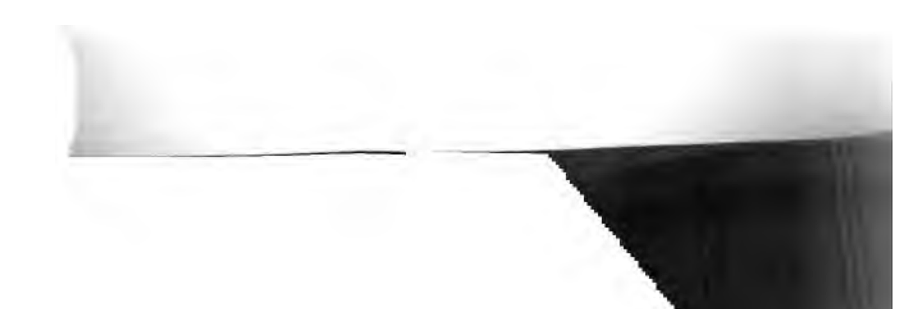
Dans les nombreux travaux parus dans ces derniers temps sur l'appendicite au cours de la grossesse, on ne considère en général que la conduite à tenir, lorsque, chez une femme enceinte, survient une inflammation aiguë de l'appendice, mais il est une autre éventualité à envisager. Une femme se présente dans les premiers mois de sa grossesse ; elle a eu antérieurement une ou plusieurs attaques certaines d'appendicite, terminées par résolution ; la grossesse, loin d'être un obstacle, ne forme-t-elle pas plutôt une indication nouvelle à procéder sans retard à l'ablation de l'appendice.

M. Monod rapporte 3 faits de ce genre.

Obs. I. — Femme de 26 ans, enceinte de 6 mois. Elle avait déjà eu trois crises d'appendicite, toutes trois terminées par résolution. Les deux premières s'étaient produites avant qu'elle ne devînt enceinte, en janvier et avril 1899 ; la dernière en janvier 1900, au 5e mois de sa grossesse. La première avait été très légère ; on avait cru à une colique hépatique ; les deux suivantes, au contraire, très caractérisées : vomissements, douleur au lieu d'élection, fièvre, 15 jours au lit.

A l'entrée de cette malade, le 13 février 1900, le calme était revenu; il ne restait qu'un peu de sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite, sans tuméfaction aucune. Le toucher vaginal est négatif. L'utérus a le développement qu'il doit avoir chez une femme enceinte de 5 mois.

L'*opération* eut lieu le 3 mars 1900. Incision sur le bord externe du muscle droit; développement un peu excessif des vaisseaux sous-péritonéaux, qui sont liés avant de les couper. Le ventre ouvert, l'utérus occupe avec la trompe droite tout le champ opéra-



le cœcum, qui, suivi de haut en bas, conduit sur l'appendice. Celui-ci est appliqué contre le gros intestin et maintenu en cette situation par des adhérences très vasculaires. Ablation de l'appendice.

Le moignon appendiculaire est enfoui sous une frange épiploïque et la plaie fermée suivant l'usage en trois plans, péritonéal, aponévrotique et cutané. La libération de l'appendice ayant été un peu laborieuse, un petit drain est placé à l'extrémité inférieure de la plaie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le drain est enlevé au bout de 48 heures. Accouchement à terme en juin 1900.

L'examen microscopique de l'appendice a été pratiqué par M. Macaigne: folliculite, épaississement du chorion, chute partielle de l'épithélium, glandes dissociées, exsudat péritonéal organisé et fibreux.

Obs. II. — Femme de 18 ans et demi, opérée le 5 juin, au 4e mois de sa grossesse. Guérison sans incident. Accouchement 5 mois plus tard, à terme et normalement.

Cette malade n'avait eu qu'une seule crise appendiculaire, mais, au dire de son médecin, non contestable. L'appendice enlevé était, atteint de folliculite simple, sans adhérences péritonéales. Il était, de plus, remarquablement long, ayant plus de 10 centimètres.

L'opération fut d'une simplicité extrême.

Obs. III. — Femme de 27 ans, enceinte de 3 mois et demi. Elle avait eu, à diverses reprises, avant sa grossesse, des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, dont une sévère.

Depuis lors et particulièrement depuis le début de sa grossesse, elle souffre habituellement dans la région de l'appendice. Cette douleur est réveillée par la pression ; elle présente son maximum d'intensité au point de Mac Burney. Le palper profond est absolument négatif, ainsi que le toucher vaginal. Aucune tuméfaction appréciable ; pas de défense de la paroi. Ablation de l'appendice.

L'appendice semblait peu malade ; mais à sa surface et autour de lui des adhérences péritonéales lâches témoignaient des phénomènes inflammatoires dont il avait été le siège.

Accouchement normal à terme.

Dans un quatrième cas, M. Monod n'a pas attendu la grossesse



pour intervenir. Ayant toutes raisons de supposer que celle-ci se produirait à bref délai, il a, par mesure de prudence, supprimé avant l'heure un appendice malade.

OBS. IV. — Jeune femme de 25 ans. Vers le mois de février 1900, elle était prise d'une attaque franche d'appendicite aiguë, attaque sans gravité du reste. Deux mois après, le 21 avril, elle se mariait. Le 4 mai, soit 13 jours après son mariage, deuxième crise. Le diagnostic n'était pas douteux : début subit, douleur au lieu d'élection, défense musculaire, rénitence profonde, vomissements. P., 104 ; T., 37°,5 à 38°. Très bon état général. Attaque légère par conséquent, mais certaine.

Le traitement dit médical est institué et tout rentre rapidement dans l'ordre.

L'opération eut lieu le 22 mai. Il est intéressant de noter que, malgré la bénignité apparente des deux crises sus-mentionnées, l'appendice et l'extrémité inférieure du cœcum étaient enserrés dans des adhérences déjà solides, au milieu desquelles le doigt découvrait et ouvrait une petite cavité pleine de vrai pus.

Deux ans plus tard, le 20 juin 1902, la jeune femme accouchait à terme normalement.

En agissant ainsi M. Monod a mis en pratique le conseil que le professeur Pinard a formulé en ces termes : « Si, dans la période d'activité sexuelle, une jeune femme non enceinte ou une jeune fille présente des poussées d'appendicite, il est d'une sage prophylaxie d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible, afin de prévenir les accidents qui pourraient survenir à l'occasion d'une maternité future. »

Quant à la conduite tenue pour les trois premiers cas, elle s'appuie sur les propositions suivantes :

1° Tout appendice qui a été le siège d'une inflammation vraie peut donner lieu ultérieurement à des accidents, dont il est impossible de prévoir l'importance. Il est plus sage de l'enlever sans attendre une nouvelle crise ;

2° Cette ablation à froid s'impose tout particulièrement chez la femme enceinte, en raison de la gravité spéciale de l'appendicite aiguë survenant au cours d'une grossesse.

Tous les travaux parus sur le sujet depuis les premières observations américaines, en 1889, 1890, 1891, jusqu'à l'importante com-



munication de M. Pinard à l'Académie en 1898, ont établi « que l'appendicite survenant pendant la grossesse interrompt le plus souvent celle-ci, et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère. » (Pinard.) D'après le relevé de Bapteste, la mortalité de l'appendicite puerpérale serait d'environ 26 p. 100 pour la mère, c'est-à-dire de plus de moitié supérieure à celle que la même affection fournit en dehors de la puerpéralité. La mortalité des enfants, d'après le même auteur, serait plus considérable encore, puisqu'elle s'élèverait à 50 p. 100.

3° L'appendicectomie chez la femme enceinte n'est pas plus grave que celle faite en dehors de la puerpéralité, et, ne risque pas de troubler la marche de la grossesse.

Chez la femme enceinte, cependant, l'opération peut présenter une difficulté particulière, tenant au volume acquis par l'utérus, qui, par sa seule présence peut gêner les manœuvres. Il en serait ainsi, si l'on opérait dans les derniers mois de la gestation.

Mais, d'abord dans les cas dont il s'agit, on pourra le plus souvent décider à loisir le moment le plus propice à l'opération et, par suite, le placer dans les premiers et non dans les derniers mois de la grossesse — de préférence semble-t-il, du 3e au 4e mois, les avortements par suite de traumatisme étant d'une façon générale, d'après un relevé de Massot, plus fréquents au début et à la fin de la grossesse qu'en son milieu.

A cette époque, et même plus tard (une des opérées était enceinte de 6 mois), il sera toujours facile d'atteindre l'appendice, surtout si l'on a soin de placer le sujet en position légèrement inclinée, inclinaison plus ou moins accentuée, pouvant d'ailleurs être modifiée suivant les besoins, au cours de l'opération.

En somme, celle-ci sera faite à l'ordinaire sans autre précaution spéciale. L'incision sera toujours pratiquée le long du bord externe du muscle droit, incision dite de Jalaguier, permettant mieux que celle de Roux une bonne reconstitution de la paroi abdominale. L'appendice trouvé, sectionné, enlevé, le petit moignon dûment enfoui sous sa frange ou dans l'épaisseur de la paroi cæcale, la plaie est ou fermée complètement, ou, si la libération de l'organe a été quelque peu pénible, drainée pendant 24 à 48 heures au plus.

Ainsi conduite, l'opération est sans gravité pour la mère et pour l'enfant, et la grossesse poursuit son cours normal.

Conclusion : *l'ablation de l'appendice à froid, indiquée chez tout*

sujet atteint d'une première crise appendiculaire, l'est tout particulièrement chez la femme enceinte; elle sera pratiquée de préférence du 3e au 4e mois de la grossesse.

MM. MAUCLAIRE, DESCOMPS ET INFROIT. — **Grossesse tubaire externe de 5 mois avec radiographie de la pièce après ablation.** — Femme de 40 ans, entre le 26 mars à l'Hôtel-Dieu. Cette femme a eu un premier enfant à 28 ans, un deuxième à 29 ans, un troisième à 30 ans. Pas de fausse couche.

Les dernières règles datent de la fin d'octobre 1902; or, en novembre la malade, qui avait toujours été bien réglée jusqu'à cette date, s'aperçoit d'un retard. La malade a des douleurs dans le bas-ventre sous forme de crises assez violentes et fréquentes. Dans le courant du mois de décembre, ces douleurs se calment.

Le 4 janvier, nouvelle crise de douleurs pelviennes avec évacuation de liquide très abondant par le vagin au point que l'on crût à une évacuation d'une poche salpingienne, soit par l'orifice utérin, soit par une fistule salpingo-vaginale. La malade, soignée pour une salpingite, garde le lit pendant 2 mois et demi à cause des douleurs marquées surtout à droite. Le diagnostic de grossesse fut abandonné.

A l'entrée de la malade dans le service, le 26 mars, la palpation de l'abdomen permet de sentir, dans la moitié droite du pelvis et débordant au-dessus du détroit supérieur, une masse de consistance égale et ferme, non mobile, franchement arrondie. Par le toucher vaginal, on trouve le col un peu gros, légèrement entr'ouvert, un peu dévié à gauche. Le toucher vaginal, combiné au palper hypogastrique, fait constater que l'utérus est fortement dévié à gauche; il est difficile de dire si son volume est augmenté. La même manœuvre permet de sentir dans le pelvis, à droite, une volumineuse tumeur très dure, non mobile, effaçant le cul-de-sac latéral du vagin, sans sillon bien net entre elle et l'utérus.

Diagnostic hésitant : salpingite ou grossesse extra-utérine, ablation d'une grossesse tubaire droite, des annexes gauches et de l'utérus.

La pièce a été radiographiée par M. Infroit. Sur la radiographie on distingue très nettement *tout* le squelette fœtal, tête, thorax, abdomen et membres.

Chez une autre malade ayant tous les signes d'une grossesse

extra-utérine gauche de 3 mois (tumeur pelvienne, arrêt des règles, écoulement par le mamelon), M. Mauclaire a cherché à faire la radiographie du pelvis de la malade avant l'opération ; mais le résultat fut négatif. L'opération justifia celui-ci, car il s'agissait d'une poche tubaire hémorragique à paroi un peu épaisse, mais sans débris fœtaux inclus.

Ces recherches radiographiques ne sont pas nouvelles. Imbert (de Montpellier) et Garrigou (de Toulouse) ont publié des faits semblables (1).

Varnier (2) a présenté à la Société une radiographie *in vivo* d'une grossesse extra-utérine ; on voyait dans l'aire du détroit supérieur le contour de la tête fléchie.

Tout dernièrement, MM. Rochard (3) et Demelin (4) ont publié un cas de grossesse interstitielle avec radiographie de la pièce après ablation.

Ces recherches de radiographie, si elles ne modifient pas le traitement, pourraient éclaircir un diagnostic parfois obscur, ce qui est toujours intéressant.

GROSSE. — **Application de l'écarteur de Tarnier chez une multipare pour lenteur du travail et souffrance du fœtus. — Rupture de l'utérus pendant le travail. — Hystérectomie. — Mort.** — Femme de 24 ans, enceinte pour la cinquième fois ; accouchements précédents à terme, spontanés ; ne présente comme antécédents pathologiques qu'un curettage subi en 1901, à l'hôpital Saint-Louis, à la suite de son quatrième accouchement. Toutes les grossesses sont du même père.

A son arrivée, présentation céphalique, tête très élevée, enfant vivant.

Col en voie d'effacement ; membranes rompues depuis 10 heures ; liquide amniotique teinté de méconium et odorant. Promontoire accessible.

Introduction de l'écarteur de Tarnier. Les contractions se décla-

(1) Cités par BOUCHACOURT, Radiographie fætale. *L'obstétrique*, 1900.

(2) VARNIER, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie*, 31 mars 1899.

(3) ROCHARD, *Société de chirurgie*, avril 1903.

(4) DEMELIN, *Société d'obstétrique*, avril 1903.

rent immédiatement, régulières et énergiques. A 2 heures de l'après-midi, on resserre les branches de l'instrument ; les contractions deviennent intenses et très rapprochées.

Vers 3 heures, on constate que les bruits du cœur du fœtus faiblissent, puis disparaissent. A 4 heures, on remarque que la femme perd un peu de sang, et que le pouls rapide est à 120° ; la température à 37°,2. A 4 heures et demie, pouls à 140°.

Pâleur du visage, décoloration des lèvres. Aucun écoulement de sang par la vulve ; pas de bourdonnements d'oreille ni de menaces de syncope. Le palper abdominal montre un utérus de forme irrégulière, dont le fond très large rappelle celui de l'utérus cordiforme et se compose de deux saillies latérales séparées par un sillon. La saillie latérale gauche offre l'apparence d'une tumeur régulièrement arrondie ; celle de droite, plus élevée que la précédente de quatre à cinq travers de doigts, est de consistance plus ferme, et à ce niveau on reconnaît par le palper de petites parties fœtales qui paraissent très superficielles. Dilatation complète. Tête au détroit supérieur. Auscultation fœtale négative.

Les contractions utérines ont complètement cessé.

Application de forceps immédiate, et tractions modérées. Mais la tête est volumineuse et ossifiée, le bassin légèrement rétréci, la tête ne descend pas.

L'instrument est retiré.

Au niveau du fond de l'utérus, M. Grosse trouve deux tumeurs distinctes, dont l'une, celle de gauche, arrondie, régulière, se contracte manifestement deux fois sous la main, tandis que celle de droite, plus élevée, présente tous les caractères du siège du fœtus.

Le diagnostic ferme de rupture utérine est posé.

En conséquence, on prépare le nécessaire pour une laparotomie.

Pendant le temps qui s'est écoulé depuis le dernier examen jusqu'au moment de l'opération, pratiquée à 7 heures du soir, les choses se sont encore modifiées. Au moment où M. Ribemont-Dessaignes s'apprête à ouvrir le ventre, on constate qu'à gauche, au-dessus du pubis, il existe une tumeur arrondie ayant tous les caractères d'un utérus post partum. A droite, complètement indépendant de l'utérus, on reconnaît le corps du fœtus, dont le siège atteint les dernières côtes droites.

Incision médiane allant de l'ombilic au pubis.

Le fœtus et le placenta, complètement décollé, sont hors de l'utérus, libres dans la cavité péritonéale. Ils sont rapidement extraits de l'abdomen.

L'utérus présente une vaste déchirure intéressant tout son bord droit, depuis l'orifice externe du col jusqu'au fond de l'organe.

Le cul-de-sac postéro-latéral droit du vagin est ouvert, et les deux feuillets du ligament large droit séparés l'un de l'autre sur toute leur surface. La déchirure dépasse même le ligament large et remonte en haut vers la région lombaire en décollant le péritoine. L'uretère droit est complètement disséqué sur une longueur de près de 10 centimètres et flotte librement dans la cavité abdominale remplie de caillots et de sang liquide.

Avec la main et des compresses, on retire les caillots et on éponge le sang, puis la femme est basculée dans la position de Trendelenburg, et M. Ribemont pratique l'hystérectomie.

Un clamp est placé sur le ligament large gauche, qui est sectionné au ras de l'utérus ; une pince est mise sur le pédicule utéro-ovarien droit. La vessie et un lambeau péritonéal sont facilement décollés de la face antérieure de l'utérus. Deux pinces sont placées sur les utérines, et l'uterus est sectionné au ras de son insertion vaginale en ne laissant qu'un court moignon cervical.

Ligature à la soie des pédicules utérins et utéro-ovariens.

Les bords de la brèche utéro-vaginale sont rapprochés au catgut de façon à fermer le vagin en ne ménageant que l'ouverture nécessaire pour laisser passer un drain et une mèche, qui drainent par le vagin l'espace sous-péritonéal correspondant.

Par-dessus cette suture vaginale, on ramène le lambeau péritonéal antérieur, qui est suturé au péritoine de la lèvre postérieure du col utérin. Les lambeaux péritonéaux résultant de la déchirure du ligament large et du péritoine lombaire sont également rapprochés au catgut de façon à péritoniser tout l'abdomen.

La cavité abdominale est drainée par deux gros drains hypogastriques et deux mèches de gaze stérilisée. Un drain et une mèche plongent en arrière de la vessie au point le plus déclive de l'abdomen, l'autre drain et l'autre mèche sont glissés en haut vers la région lombaire droite.

Fermeture du ventre par trois plans de suture.

Pendant l'opération, on a fait une injection sous-cutanée de

sérum, et, après l'opération, une injection intra-veineuse de 1 litre et demi de sérum.

Le lendemain matin 27 avril, la température est de 37°, la malade est calme, mais la rapidité du pouls presque incomptable, l'accélération de la respiration (40 à la minute), la décoloration des traits ne laissent guère d'espoir.

Elle meurt à 2 heures de l'après-midi.

Examen de l'utérus. — L'utérus présente une vaste déchirure étendue depuis l'orifice du col jusqu'au fond de l'utérus, le long de son bord droit. Elle passe en arrière de l'origine du ligament rond et atteint la trompe complètement sectionnée transversalement et désinsérée de l'utérus.

L'ovaire droit présentait un kyste du volume d'un œuf de poule. Annexes gauches saines.

Le fœtus, du sexe masculin, pesait 4.050 grammes. Sa longueur était de 56 centimètres et la tête présentait les diamètres suivants :

OM = 14,5   OF = 12,5   SOB = 11,5   SOF = 11,5
BiP = 10,4   BiT = 8,2   SMB = 11,2.

Le placenta pesait 680 grammes.

Malgré une vaste déchirure comprenant le col utérin, tout le bord droit de l'utérus, le cul-de-sac du vagin, bien que cette déchirure fut compliquée d'énormes délabrements péritonéaux de l'excavation pelvienne et de la région lombaire, cette femme n'a présenté aucun symptôme aigu. Il n'y a eu ni douleur violente et subite, ni syncopes, ni vomissements, ni ballonnement du ventre. C'est peu à peu, insidieusement, que les choses se sont établies, et les symptômes relevés ont été ceux d'une hémorragie interne : pâleur de la face, rapidité du pouls, léger écoulement de sang par la vulve.

C'est en se basant sur la cessation brusque et presque complète des contractions utérines et sur l'irrégularité de forme de l'utérus que, dès le premier examen, M. Grosse a songé à une rupture utérine.

Le second point sur lequel M. Grosse désire attirer l'attention est la cause de la rupture utérine et le rôle de l'écarteur de Tarnier dans la production de cet accident.

La lecture attentive de l'observation nous montre que, dès la mise en place de l'écarteur, les contractions se déclarent régulières et énergiques.

A 2 heures de l'après-midi, on resserre les branches de l'instrument et peu après les contractions deviennent intenses et rapprochées, tandis que les bruits du cœur du fœtus disparaissent et que la femme perd un peu de sang. Vers 4 h. 30, on constate que les contractions ont cessé et que la femme, dont l'état général est devenu mauvais, présente tous les symptômes d'une hémorragie interne abondante.

Il semble donc que l'instant où s'est produite la rupture utérine a suivi de très près le moment où les branches de l'écarteur ont été resserrées. Il est dès lors naturel d'établir entre ces deux faits une corrélation et de penser que l'application de l'instrument a provoqué des contractions violentes qui ont déterminé la rupture de cet utérus depuis déjà longtemps vide de liquide amniotique et très probablement aminci au niveau de son segment inférieur.

Mais l'écarteur de Tarnier peut avoir contribué plus directement encore à la rupture utérine.

L'examen de la pièce montre en effet que la rupture siège sur le bord droit de l'utérus et s'étend sur toute sa hauteur depuis l'orifice externe du col jusqu'à l'insertion de la trompe. Or, une des branches de l'écarteur était précisément appliquée sur le côté droit de l'orifice utérin.

Cette branche a pu déterminer une déchirure du col trop violemment distendu et celle-ci a pu être le point de départ de la rupture utérine.

Sous l'influence des contractions et de la pression exercée par le fœtus, la déchirure d'abord limitée au col se serait propagée de bas en haut au cul-de-sac vaginal et au bord droit de l'utérus de façon à produire cette énorme brèche au travers de laquelle fœtus et placenta sont passés dans la cavité abdominale.

Quelle que soit celle de ces deux hypothèses que l'on accepte, il n'en est pas moins vrai que dans ce cas l'écarteur de Tarnier a joué un rôle important dans la rupture de l'utérus. Dans des cas analogues où l'utérus vide d'eau depuis plusieurs heures est fortement rétracté sur un fœtus volumineux, il ne faut employer cet instrument qu'avec beaucoup de prudence. On devra pour ainsi dire graduer son action en resserrant peu à peu les branches, de façon à éviter la distension brusque du col et la déchirure qui pourrait en être la conséquence.

Il y a même lieu de demander si, en présence d'un pareil dé-

sastre, l'écarteur Tarnier ne doit pas être proscrit de la thérapeutique obstétricale ; c'est une question qui ne peut être résolue que si l'on peut préciser les avantages qui résultent de son emploi.

F. Legueu. — **Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal.** — Il nous arrive souvent d'opérer des péritonites généralisées qui ont pour point de départ la rupture d'une collection tubaire. L'intervention tardive le plus souvent n'est que palliative, et on ne peut dans ces cas que regretter ce retard de l'opération.

Il n'en est plus de même lorsqu'on a l'occasion d'assister à la rupture de la poche, et à plus forte raison de la causer soi-même. On peut alors faire immédiatement et en temps utile l'opération nécessaire.

Cette éventualité, je l'ai rencontrée à plusieurs reprises, et j'ai pensé qu'il y avait intérêt à publier mes observations personnelles pour montrer comment on peut au cours du palper abdominal rompre une collection tubaire, comment on doit reconnaître l'accident et comment enfin il y faut remédier.

Obs. I. — *Rupture de pyosalpinx au cours d'un examen gynécologique. Laparotomie immédiate. Guérison.* — Mme X..., 27 ans, entrée à Necker, salle Laugier, n° 15, en décembre 1895.

Cette malade était entrée à l'hôpital pour des douleurs de ventre et des pertes de sang.

Sans enfant, n'ayant, non plus, jamais eu de fausse couche, elle commença, il y a 4 ans, à éprouver des douleurs dans le bas-ventre au moment de ses règles surtout.

Elle continua cependant à travailler pendant 18 mois ; à ce moment sa santé s'aggrava subitement : elle eut dans le ventre des douleurs plus vives, des accès de fièvre vespéraux. Elle consulta son médecin, et on lui aurait fait une incision vaginale suivie de drainage (probablement une colpotomie).

A la suite de cette opération, elle se remit presque complètement : les douleurs disparurent, elle eut cependant des règles très abondantes, mais malgré cela elle avait repris une bonne santé, et continuait à travailler, lorsque, il y a 4 semaines environ, elle se remit à souffrir de nouveau.

Les douleurs qu'elle éprouve sont localisées dans le ventre, des

deux côtés, elles sont presque continuelles, retentissent du côté des reins. En même temps, elle perd en blanc abondamment.

A l'examen, que je pratique le 20 décembre, je constate au palper une grosse tumeur médiane sus-pubienne, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette tumeur est mobile par son pôle supérieur, elle est douloureuse et paraît nettement dépressible. Au toucher, je trouve le col petit, non ulcéré au fond du vagin ; le cul-de sac gauche est libre ; le cul-de-sac droit, au contraire, est empâté.

Pour définir la nature de cette tumeur, je cherchais, avec ma main droite placée sur l'abdomen, à sentir soit le fond de l'utérus, soit la dépendance de la tumeur avec l'utérus. Je parvins à sentir le fond de l'utérus en antéflexion au-dessous de la tumeur au-dessus de la vessie.

Mais au moment où j'appliquais une dernière fois la main sur la tumeur, je sentis un tout petit craquement, la malade ressentit une sensation douloureuse, et la tumeur s'affaissa instantanément.

Il ne pouvait y avoir aucun doute, je venais de rompre une poche. Et, sans attendre que les accidents se développent, je fis préparer de suite ce qu'il fallait pour faire une laparotomie d'urgence.

Le passé de cette malade, l'induration constatée dans le cul-de-sac droit, tout cela me faisait supposer que je venais de rompre un pyosalpinx. Je n'étais pas renseigné sur le degré de septicité du pus ; dans le doute, il fallait opérer d'urgence par la laparotomie.

L'*opération* fut pratiquée environ 1 heure et demie après le moment de la rupture.

La malade, anesthésiée et aseptisée, fut placée en position déclive. A l'ouverture du ventre, il s'échappe du pus et du sang : le pus baigne les anses intestinales, celles-ci sont épongées avec des compresses et réclinées, puis protégées.

Au-dessus de l'utérus, et sur la ligne médiane, apparaît une poche ridée, affaissée : c'est la trompe du côté gauche, placée en situation sus-utérine et dont le contenu, environ 200 grammes, d'après le volume de la poche, s'est répandu dans le ventre. La déchirure, une déchirure nette, siège au point de la convexité le plus aminci.

La trompe est enlevée, ainsi que l'ovaire, qui, altéré aussi, est sous-jacent à la trompe.

A droite, il existe dans le cul-de-sac postérieur une salpingo-ovarite également suppurée ; celle-ci, très adhérente, est enlevée avec peine, et son pédicule est lié près de la corne utérine.

L'utérus est laissé en place. Le pelvis est nettoyé avec des compresses aseptisées. J'établis un drainage à la Mikulicz dans le cul-de-sac postérieur, et la paroi abdominale est suturée par un triple étage de sutures. L'opération avait duré 25 minutes.

Les suites furent simples : le premier jour, la malade n'eut ni fièvre ni vomissement. Elle resta calme, et on ne jugea même pas utile de lui injecter du sérum. Le pouls est à 100.

Le lendemain, le pansement extérieur, très taché, fut changé. Les mèches furent enlevées le troisième jour et remplacées par un tube.

La température ne s'éleva pas au delà de 38° ; le pouls se montra maximum au deuxième jour, à 108, mais descendit dès le lendemain à 100.

Au bout de 4 semaines, la malade quittait l'hôpital guérie ; la fistule s'était oblitérée au dix-huitième jour.

J'avais considéré cette observation comme un fait exceptionnel, accidentel et je n'y pensais plus, lorsque, quelques années plus tard, un accident semblable se produisit entre mes mains et dans des conditions absolument superposables à celles dans lesquelles le premier était survenu. Voici l'observation telle qu'elle m'a été remise par mon interne d'alors, le docteur Rebreyend.

Obs. II. — *Rupture de pyosalpinx au cour du palper bimanuel. Laparotomie immédiate. Guérison.* — M. X..., 27 ans, entrée à l'hôpital Broca le 21 août 1899, dans le service du professeur Pozzi, que j'avais l'honneur de remplacer.

Réglée à 12 ans, règles régulières, abondantes et très douloureuses, durant de 5 à 6 jours.

Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Depuis plus de 14 ans, pertes jaune verdâtre, dont le début est obscur ; elles sont très abondantes, continuelles, sans odeur ; elles n'occasionnent pas d'irritation.

Depuis 3 semaines, elles ont augmenté, et s'accompagnent de douleurs à la miction. En même temps, les douleurs abdominales

diffuses auxquelles elle était sujette ont pris un caractère aigu et se sont localisées dans les deux fosses iliaques, principalement à gauche.

Ces douleurs s'irradient aux cuisses, aux reins, à l'anus; elles présentent le caractère paroxystique ; les mictions sont fréquentes et un peu douloureuses.

Au toucher, on trouve un col de nullipare, petit, laissant sourdre un pus jaune verdâtre.

Du côté droit, on trouve des annexes très volumineuses, douloureuses, prolabées derrière l'utérus ; à gauche, volumineuse tumeur occupant le cul-de-sac avec empâtement considérable, très douloureuse. Elle remonte à près de 6 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

Diagnostic. — Métrite blennorrhagique. Pyosalpinx double, surtout à gauche. Cystite blennorhagique.

Le 29 août 1899, à la visite du matin, pendant l'exploration bimanuelle de la tumeur, M. Legueu a l'impression d'une rupture brusque de la tumeur. La malade perçoit au même moment cette rupture, mais sans ressentir de douleur vive. La masse que l'on sentait par l'abdomen disparaît complètement.

La malade n'accusant aucun trouble immédiat, on décide seulement de la surveiller et de se tenir prêt à intervenir, le cas échéant.

Dix minutes au plus après l'accident débutent des symptômes extrêmement violents : douleur atroce généralisée à tout l'abdomen ; vomissements verts, bilieux ; affolement et petitesse du pouls avec tendance à la syncope ; ces derniers signes sont si prononcés, que l'on pense à une hémorragie interne.

En présence de cet état grave, on porte la malade à la salle d'opérations ; l'intervention est pratiquée une heure au plus après la rupture de la poche.

Opération par M. Rebreyend, interne du service. Laparotomie. Incision de 10 centimètres. En prévision de l'inondation possible du péritoine par le sang ou le pus, on s'abstient d'abord de mettre la malade en position déclive. Sitôt le péritoine incisé, issue très abondante d'un pus brunâtre, au milieu duquel nagent de petits caillots. On éponge tant que l'on peut ce pus, en insinuant dans le petit bassin de grandes compresses aseptiques.

L'intestin, minutieusement protégé par des compresses aseptiques larges, superposées en plusieurs couches, on remarque que

les anses intestinales qui se présentent les premières à la vue sont rouges, congestionnées.

La malade est, seulement alors, mise en position déclive.

On trouve à gauche un énorme pyosalpinx, développé aux dépens de la portion externe de la trompe; les deux tiers internes sont seulement très épaissis, flexueux, congestionnés.

Ce pyosalpinx, très adhérent et extrêmement friable, présente, à peu près à 1 centimètre de l'endroit où la trompe se dilate, une rupture dans le sens transversal, de 6 à 7 centimètres de longueur, par où s'échappe en abondance du pus brunâtre, à la pression de la tumeur.

Celle-ci est décortiquée avec les plus grandes difficultés, et extirpée par lambeaux, mais presque en totalité, sauf sa partie tout à fait profonde. Ligature de la trompe au ras de la corne utérine; ligature isolée du ligament rond. On bourre provisoirement une compresse dans la cavité pour explorer le côté droit.

De ce côté, gros pyosalpinx très adhérent, et comblant en partie le Douglas, qui est totalement fermé par des adhérences. En outre, une anse d'intestin grêle passe transversalement au-dessus et en arrière de la tumeur en lui adhérant intimement.

On détache l'anse intestinale adhérente, et l'on essaie de décortiquer la tumeur; celle-ci crève pendant les manœuvres ; et l'on doit, comme la précédente, l'extirper par morceaux ; heureusement, la grande cavité est bien protégée, et l'on peut éponger le pus au fur et à mesure de son issue au dehors.

Hémostase comme de l'autre côté. Ligature de la trompe au ras de l'utérus ; ligature isolée du ligament rond. La tumeur a absolument la même disposition que la précédente.

On fait alors une revue hémostatique des deux côtés. On lie quelques points saignants, et l'on fait de chaque côté un surjet hémostatique et occlusif, prenant les deux feuillets du ligament large, et chargeant, autant que possible, le fond de la cavité de décortication.

De chaque côté, dans la zone limitée où les feuillets du ligament large ne peuvent être adossés, on bourre, cette fois définitivement, une mèche de gaze iodoformée.

Trois autres mèches sont placées ensuite derrière l'utérus, dans le Douglas reconstitué par décollement, de façon à former une sorte de rideau transversal au-dessus du petit bassin.

La paroi est suturée par 3 surjets de catgut (séreux, musculaire, cutané) ; un point profond au fil d'argent renforce la suture en son milieu.

L'opération a duré une heure et quart.

La malade est reportée dans son lit ; on lui fait, dans le courant de la journée, 1.500 grammes de sérum en 3 fois ; 2 pilules d'extrait thébaïque de 5 centigrammes chacune.

La malade se réveille tranquillement ; elle vomit une seule fois dans la journée. La température, qui était de 39°,4 avant l'opération, descend d'un degré (38°,4) sitôt la malade reportée dans son lit : pouls, avant l'opération, 120, après l'opération, 100; le soir, 120.

Le lendemain, même état : ni ballonnement, ni vomissements, ni nausées ; 1.000 grammes de sérum en 2 fois ; même dose d'extrait thébaïque ; température, 39°,4, 39°,2. Pouls, 130, 120. A partir de ce jour, pouls et température descendent parallèlement : on constipe encore la malade 2 jours, on lui continue la même dose de sérum. Le cinquième jour, purgatif léger, selle abondante.

Le quatrième jour (2 septembre), la température est tombée à 38°,2 ; le pouls se maintient à 100 ; on enlève sans incident toutes les mèches ; on les remplace par un drain.

Le lendemain, température 37°,6, 37°,8 ; raccourcissement du drain ; ablation du fil profond le 4 septembre ; suppression définitive du drain le 5.

La guérison se poursuit sans aucun incident.

Telles sont ces deux observations. Dans les deux cas, la rupture s'est produite dans les mêmes conditions, au moment du palper abdominal. Je faisais moi-même l'examen, je suis donc responsable de la rupture. Et cependant je ne saurais m'accuser trop sévèrement, car je n'ai employé ici que la prudence et la douceur nécessaires à tout examen. Et si ces trompes se sont rompues sous ma main, c'est qu'elles étaient en imminence de rupture, et probablement elles se seraient rompues spontanément et sous l'influence d'une cause occasionnelle inappréciable. Cela démontre une fois de plus combien certaines de ces poches sont fragiles, aptes à la rupture et combien les manœuvres du massage, que d'aucuns ont conseillées même dans les lésions suppurées, sont délicates et parfois périlleuses.

Certaines conditions d'ailleurs peuvent rendre cette rupture plus

facile, c'est la situation sus-utérine dans un cas, c'est, dans l'autre, l'absence au pôle supérieur de la poche, de ces adhérences protectrices qui défendent en général la cavité péritonéale contre les inondations provenant de la cavité pelvienne.

Dans ces deux cas, j'ai reconnu la rupture à deux indices, la perception d'un petit craquement dont la malade elle-même avait conscience et la disparition brusque et immédiate de la tumeur dont je cherchais à définir les contours et la limite.

Cette sensation, que j'ai retrouvée dans d'autres observations dont je parlerai tout à l'heure. est tellement nette qu'elle ne peut aucunement prêter à l'erreur.

En présence d'un accident de ce genre, que faut-il faire? La réponse n'est pas douteuse, il faut faire la laparotomie immédiate.

Car, si l'on n'intervient pas, on est à peu près sûr de voir se développer une de ces péritonites généralisées ou au moins très étendues, comme j'ai eu à en opérer à plusieurs reprises en chirurgie de garde : péritonites à évolution rapide et grave, et pour lesquelles l'opération tardive ne fut jamais suivie de succès. Sans doute, on ne sait jamais le degré de virulence de ces collections et pour la première, observée à froid, je n'ai pas le droit de dire que la péritonite généralisée eût été la conséquence fatale de la rupture que j'ai traitée immédiatement. Mais cette éventualité était cependant très vraisemblable; quant à la seconde observation, alors que la malade était en pleine infection (39°,2) au moment de l'examen, je crois qu'on peut ici considérer le danger de la péritonite comme imminent après la rupture.

La rupture provoquée nécessitait donc une opération immédiate, plus immédiate qu'elle ne l'eût été si la poche n'avait pas été rompue ; mieux vaut, en cette occurence, une rupture ainsi causée et de suite reconnue, qu'une rupture spontanée, insidieuse, difficile à définir et qui ne se reconnaîtra en général qu'avec la péritonite qui en est la conséquence. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, dans l'espace d'une demi-heure se sont développés des symptômes graves, qui se faisaient les premiers indices d'une péritonite commençante, et nous avons bien fait d'appliquer la règle formelle en pareil cas et de traiter par la laparotomie immédiate une rupture dont nous connaissions l'existence.

Comme à toute règle cependant il peut y avoir des exceptions : des ruptures de collections pelviennes peuvent ne pas donner la mort

sans être opérées immédiatement. Il en est ainsi quand la collection qui est rompue est une collection séreuse ou quand la collection, même purulente, s'ouvre dans l'intestin.

Quand on rompt une collection séreuse, la laparotomie n'est pas fatale, la collection n'étant jamais aussi septique que l'abcès tubaire lui-même.

Il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu, j'examinais une malade atteinte de suppuration pelvienne. La cavité pelvienne était comblée de masses dures, englobant l'utérus. Mais, au-dessus du pubis, débordant surtout à gauche, s'élevait une tumeur arrondie, régulière, rénitente, que je voyais croître depuis quelques jours.

Croyant que c'était une collection tubaire de dimensions exagérées, dont la minceur, la fragilité présentaient pour le péritoine un danger, je me proposais de l'inciser par la voie inguinale. Au moment même où je la lavais pour cette incision, je sentis la tumeur s'effacer : elle avait disparu. Je l'avais rompue.

Je pratiquai de suite l'opération à laquelle je me préparais, et je reconnus, au cours de l'opération, que je n'avais rompu qu'une de ces collections séreuses, de périmétro-salpingite. Le liquide était parfaitement séreux, la poche mince et flasque; ces poches-là se rompent souvent d'elles-mêmes sans entraîner pour cela la généralisation de la péritonite. J'aurais pu sans danger attendre quelques jours pour opérer, mais comme il est toujours difficile, souvent impossible, de différencier la qualité du contenu de ces poches, je crois préférable de se comporter comme si elles étaient septiques et purulentes.

Dans quelques cas exceptionnels, la rupture peut se faire dans l'intestin; cela m'est arrivé une fois, voici dans quelles conditions :

J'avais opéré par l'incision iliaque une appendicite suppurée à grand foyer ; au bout de quelques semaines, le malade allait bien, lorsqu'une nouvelle collection sembla se développer au contact de l'ancien foyer. La température s'élevait à nouveau, une tuméfaction se développait au-dessus du pubis. Il y avait cependant encore, dans la première plaie, un drain assez profond, et il me paraissait extraordinaire que la tuméfaction voisine ne communiquât pas avec l'ancienne. Quand je pressais sur la tuméfaction récente, je faisais sourdre du pus à l'orifice du drain, mais ce n'était qu'un refoulement qui se passait là. Et il n'y avait en réalité aucune communication entre les deux abcès. Tout à coup, en effet, je vis la tumé-

faction s'effondrer et disparaître: l'abcès s'était rompu ; il ne pouvait y avoir sur ce point aucun doute. Où s'était faite la rupture? De quel côté l'effraction s'était-elle réalisée? je ne le pouvais savoir. Et le devoir eût été de pratiquer sur l'heure une laparotomie et de rechercher l'abcès.

Mais ceci se passait le soir, très tard ; je n'avais à ma portée ni aide ni matériel. Je crus donc pouvoir remettre jusqu'au lendemain la solution opératoire de la question qui venait si brutalement de se poser devant moi.

Je n'étais pas tranquille cependant, lorsque le lendemain je revenais voir le malade. Mais je fus très étonné de le trouver en très bon état, avec une température diminuée, un état sincère de parfaite quiétude. Dans la nuit, il était allé à la selle et avait évacué spontanément l'abcès que j'avais involontairement ouvert dans l'intestin. Je fis donc de même plus tard une incision sur cet abcès, qui communiquait avec l'intestin. Le malade a parfaitement guéri.

Rupture d'une collection séreuse, ouverture d'un abcès dans l'intestin, ce ne sont après tout que des exceptions. Et comme on ne peut, en pratique, se baser sur l'exception, la règle persiste intacte : quand au cours du palper abdominal on sent une poche se rompre ou s'effondrer sous la main qui l'explore, il faut de suite pratiquer la laparotomie, sans attendre les accidents à venir.

Pour éviter la dissémination du pus, il est prudent ici de ne pas mettre la malade dans la situation déclive : il faut ouvrir l'abdomen en position horizontale ou évacuer la collection déjà répandue, éponger le pus, essuyer les anses intestinales déjà imprégnées.

La conduite à tenir ultérieurement varie un peu avec l'intensité et le degré des lésions ; l'opération pour le reste sera conduite comme elle le serait s'il n'y avait pas eu rupture, et on fera la salpingectomie simple ou l'hystérectomie abdominale, suivant que la lésion est uni ou bilatérale. Le drainage sera toutefois le complément nécessaire d'une opération de nécessité et dont le succès dépend surtout de la précocité de son application.

M. Pozzi. — Je m'associe pleinement aux conclusions que M. Legueu vient de poser ; je serai même plus absolu que lui. Je n'admets guère que l'on s'abstienne lorsqu'on pense que la tumeur qui s'est rompue est une périmétro-salpingite.

M. Legueu tend à penser que ces collections séreuses qui accom-

pagnent les salpingites ne sont pas septiques ; j'en connais qui étaient septiques et dont la rupture a causé des accidents graves.

Un jour un chirurgien dans mon service ouvrit par le vagin une de ces collections péri-salpingiennes d'aspect ; puis il fut obligé de faire immédiatement une laparotomie ; la malade eut une péritonite aiguë septique, que j'attribuai à la contamination par les ongles du chirurgien. La rupture d'une périmétro-salpingite ne peut être considérée comme inoffensive. Quant au dernier fait dont nous a parlé M. Legueu, il s'agissait d'un abcès para-intestinal, et c'est faire un rapprochement un peu forcé que de comparer l'évacuation de l'abcès en pareil cas à la rupture d'une tumeur salpingienne. On peut donc poser comme absolue la règle suivante : Quand il se produit une rupture de tumeur, quelle qu'en soit la nature, la laparotomie doit être immédiate.

J'ai observé cette rupture dans des kystes ovariques en voie de mortification. Quand la poche est ramollie, ainsi, à la suite de la torsion du pédicule, il suffit d'une exploration très légère pour la rompre.

Je me souviens d'un cas dans lequel la rupture d'un de ces kystes fut suivie d'une inondation sanguine de tout le petit bassin.

On voit aussi des ruptures survenir, mais plus rarement dans les cas d'utérus fibromateux, quand il existe des collections appendues aux cornes utérines et qui simulent des lobes de la tumeur. Il m'est arrivé deux fois de rompre des kystes folliculaires de l'ovaire, en examinant les malades sous le chloroforme. Je crois que celui-ci favorise les ruptures en paralysant la défense abdominale ; la pression est ainsi plus forte au niveau d'un point d'appui dur, qui est l'utérus fibromateux. Je crois que dans ce dernier cas on peut attendre au lendemain pour opérer, s'il n'y a pas eu antérieurement de signes manifestes de suppuration.

Mais la règle posée par M. Legueu reste absolue dans tous les cas.

M. Legueu. — Je remercie M. le professeur Pozzi des commentaires par lesquels il a bien voulu relever l'intérêt de ma communication.

Nous sommes du même avis sur la nécessité de traiter par la laparotomie immédiate les ruptures de collections pelviennes. Si j'ai parlé des collections séreuses, c'est que le diagnostic est très difficile à faire avec des trompes distendues. Leur septicité est

variable ; mais, en tous cas, on ne sait jamais à l'avance le degré de septicité de ces poches ; par conséquent, le doute doit faire incliner en faveur de l'opération, et il faut opérer toutes les fois qu'on voit une collection se rompre.

En ce qui concerne les kystes de l'ovaire, je les ai avec intention laissés de côté. Je connais ces ruptures latentes dont parlait M. Pozzi ; j'en ai vu un exemple tout récent ; mais ici, quand la tumeur est aseptique, on ne fait pas le diagnostic ou on le fait au moment même de l'opération.

MM. PINARD, SEGOND et COUVELAIRE. — **Étude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme fixé en rétrolatéroversion par des adhérences périmétritiques** (1).

---

(1) Cette communication a été publiée *in extenso* dans le numéro de juillet des *Annales*.

REVUE ANALYTIQUE

Contribution à l'étude de l'achondroplasie. Durante, chef de laboratoire de la Maternité de Paris. *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 décembre 1902.

Durante relate un nouveau cas d'achondroplasie. Il s'agit d'un fœtus recueilli lors d'une césarienne *post mortem*, pratiquée sur une femme enceinte de 5 mois, morte tuberculeuse après avoir présenté des vomissements graves.

Durante résume de la façon suivante les lésions osseuses de cet achondroplasique : sclérose du cartilage épiphysaire en voie de multiplication; consécutivement, insuffisance de la déviation des cellules cartilagineuses et de l'ossification cartilagineuse, bourgeons médullaires franchissant la ligne d'ossification, ossification périostale abondante se faisant autant au moyen des ostéoblastes que par calcification directe des travées fibreuses, mais n'aboutissant qu'à la formation d'un os spongieux, à épaisses travées résistantes. Sclérose de la moelle osseuse.

Parlant de l'achondroplasie en général, Durante distingue deux groupes de faits distincts : les cas d'achondroplasie vraie ou *chondrodystrophie*, relevant d'une sclérose cartilagineuse entraînant un défaut d'ossification épiphysaire, et les cas de dystrophie périostale relevant d'une ossification périostale défectueuse avec résorption excessive de l'os diaphysaire sans altération du cartilage.

A. C.

De la rigidité cadavérique intra-utérine (Ueber intra-uterine Leichenstarre), B. Wolff. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft 3, p. 549.

Monographie ayant comme base 4 observations recueillies à l'*Universitas-Poliklinik der Königl. Charite*. De l'étude soigneuse de ces faits ainsi que de ceux déjà publiés, découlent les conclusions suivantes : dans les cas où elle est peu marquée, la rigidité cadavérique passe souvent inaperçue. Aussi, est-il vraisemblable

que la plupart des cas relatés correspondent à des faits de rigidité cadavérique très accusée au moment de la naissance.

Il en ressort aussi cette notion que surtout la rigidité cadavérique accusée et vraisemblablement aussi la rigidité prématurée se rencontrent fréquemment dans les cas où la mort survient avant l'accouchement ou l'agonie de la mère au cours de l'accouchement.

Pour expliquer cette coexistence, il faut admettre que dans les cas où surviennent des troubles profonds de la circulation, des produits, des déchets de la nutrition s'accumulent dans le fœtus, qui, le fœtus succombant, influent sur lui sous le rapport de la rigidité cadavérique, et la font particulièrement accusée et précoce.

Il semble qu'il n'y ait aucune importance à ce que les troubles graves de circulation (relativement à la mort de la mère) soient causés par l'éclampsie ou par d'autres états pathologiques. Que néanmoins, avec cet état du fœtus, on trouve le plus souvent l'éclampsie : rien d'étonnant à cela, étant donné combien souvent l'éclampsie tue la mère et l'enfant.

Il y a intérêt à accumuler encore beaucoup d'observations touchant la *rigidité utérine in utero*. Et, dans les observations futures, il faudra s'efforcer de préciser d'abord, le plus exactement possible, le délai écoulé, dans les divers cas, entre le moment de la mort et celui de la naissance de l'enfant. Il sera également nécessaire de noter, de la manière la plus précise possible, l'étendue, l'intensité et le stade de la rigidité cadavérique au moment de l'accouchement.

Les notions qu'on peut espérer acquérir par les observations cliniques futures et peut-être aussi par les études expérimentales promettent, outre les enseignements complémentaires qu'elles sont susceptibles de fournir sur la rigidité cadavérique *in utero*, d'être aussi fructueuses relativement à l'étude des échanges entre la mère et le fœtus et peut-être aussi relativement à plusieurs questions touchant à l'éclampsie.

R. L.

Syncitiolyse et hémolyse; contribution à l'étude de la physiologie et de la pathologie de la grossesse (Syncytiolyse u. Hämolyse; ein Beitrag z. Physiologie u. Pathologie der Schwangerschaft),

Scholten et J. Veit. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd LIX, Hft 2, p. 210.

Divers auteurs, surtout en Allemagne, se sont occupés de la pénétration dans les vaisseaux maternels des villosités choriales [Veit, Kollmann, Wyehgel, Poten (1), etc,] mais nul plus que J. Veit n'a accordé à cette pénétration et surtout au détachement et à la translation plus ou moins loin dans l'organisme maternel de fragments de ces villosités, des effets divers et importants; ce processus serait en particulier à l'origine d'un certain nombre des accidents dits de grossesse. Le travail actuel a pour base toute une série de recherches expérimentales, dans lesquelles l'auteur, suivant la méthode d'Ehrlich (inoculations d'émulsions de placenta, étude des effets du sérum des animaux inoculés sur le sang, sur le tissu placentaire, etc.), s'efforce de déterminer *les effets cytotoxiques de la déportation des villosités*, les actions réciproques, sous le rapport de la syncitiolyse et de l'hémolyse, des leucocytes, des érythrocytes et des éléments épithéliaux du chorion fœtal.

« Le sang d'une femme enceinte, conclut l'auteur, présente des modifications multiples, variables ; ces modifications s'expliquent de la manière la plus simple par le processus de déportation des villosités et par l'action réciproque des érythrocytes, des leucocytes et des épithéliums choriaux.

« L'étude des rapports réciproques entre les érythrocytes et les épithéliums choriaux nous a amené, par l'application des méthodes de recherches hémolytiques d'Ehrlich, à la conviction qu'il se forme une syncitiolysine dérivée des érythrocytes et une hémolysine dérivée de l'épithélium chorial. De cette manière, l'hémoglobine des érythrocytes et le plasma du syncitium se dissolvent dans le sérum. L'albumine dissoute dans le sérum du sang maternel arrive dans le sang fœtal ; seuls, les éléments albuminoïdes, qui sont précipités du sang maternel par le sérum fœtal, n'arrivent pas dans la circulation fœtale, et *vice versa*.

« La nutrition du fœtus se fait, en conséquence, par l'importation des substances albuminoïdes dissoutes dans le sérum, tandis que l'exportation des substances s'effectue, consécutivement à la dissolution des épithéliums choriaux, dans le sérum maternel par syncitiolyse.

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, février 1903, p. 150.

l'organe, sur une coupe transversale, offre l'aspect de la dégénérescence microkystique.

4° Au niveau de l'épithélium superficiel comme dans le stroma existent de petits foyers de cellules épithéliales pavimenteuses, dont le centre peut être le siège d'une formation cavitaire. De là, formation de petits kystes, limités par un épithélium uni ou multistratifié. Le stroma qui entoure ces foyers de cellules pavimenteuses ne diffère pas du stroma en d'autres points de l'ovaire.

Simultanément, les mêmes formations se rencontrent au niveau de la séreuse tubaire et du feuillet postérieur du ligament large.

5° Dans l'épithélium superficiel existent, éventuellement, des îlots d'épithélium à cils vibratiles, sans qu'il soit possible de saisir un passage de l'épithélium cilié à l'épithélium pavimenteux. De ces cellules épithéliales ciliées partent des tubes glandulaires, à épithélium cilié. D'autre part, on trouve dans le stroma des foyers compacts d'éléments prédécesseurs des cellules ciliées, sous forme de cellules cubiques denses, à noyau sombre, rond ou légèrement ovale, sans connexions avec l'épithélium folliculaire ou aveo les restes de l'époophore dans le hile. Dans ces foyers se produisent des lumières fissuraires ; de plus, il en dérive des tubes glandulaires dont l'épithélium, à une certaine grandeur de leur lumière, a des cils vibratiles. La dilatation de ces tubes produit de petits kystes. On peut, d'après le stroma qui les entoure, admettre deux types de tubes glandulaires.

a) Quand tubes et kystes sont entourés de stroma ovarique normal, on aperçoit déjà sur l'épithélium des petits kystes des phénomènes de dégénérescence, et le stroma limitant les cavités sans épithélium présente les mêmes modifications observées dans l'atrésie folliculaire (noyau calcaire à couches concentriques, ou transformation semblable au corpus albicans).

b) Sur d'autres points, les tubes glandulaires à épithélium cilié ont une paroi nettementdifférente du stroma ou remarquable par sa richesse en noyaux. Ces tubes glandulaires ne présentent aucun signe de régression ; ils ont plutôt une tendance à proliférer vers le type glandulaire ou papillaire.

6° On peut encore trouver dans l'épithélium superficiel de petits îlots d'épithélium cubique multistratifié, ou de vésicules dont la lumière est limitée par des cellules épithéliales, à noyau basal.

Entre les cellules épithéliales cylindriques de dimensions variables dans un même foyer comme entre les éléments cylindriques des vésicules s'observent des cellules isolées, à protoplasma clair, brillant, tout à fait semblable aux cellules caliciformes. De ces foyers et vésicules émanent des cordons cellulaires plus ou moins larges, qui se canalisent, se transforment en tubes, entre les éléments épithéliaux desquels se rencontrent aussi des cellules caliciformes isolées. De plus, dans le stroma, et sans connexion avec l'épithélium superficiel, avec l'épithélium folliculaire ou avec celui des restes des reins primitifs, se rencontrent des globes compacts de cellules, qui montrent des tendances vers des transformations kystiques, etc.

Dans ces éléments, comme pour les tubes à épithélium cilié, on peut, suivant le stroma qui les entoure, admettre deux types : *a*) à évolution progressive ; *b*) ou rétrograde.

7° Sur tous les ovaires, on aperçoit les restes des reins primitifs dans le hile, avec ou sans paroi connective dans les faisceaux musculaires lisses. Rarement seulement, malgré les coupes sériées continues, on saisit une connexion épithéliale avec les restes de l'époophore dans le mésosalpinx et dans le méso-ovarium. Ces canaux présentent de nombreuses dilatations, et les éléments épithéliaux, comme il advient dans les kystes par rétention, sont aplatis, bas. Sur un seul ovaire, on constata une structure adénomateuse des reins primitifs avec dilatation kystique des tubes glandulaires, avec partout un épithélium bien développé.

8° Les cellules pavimenteuses, ciliées et caliciformes dans l'ovaire ne viennent ni de l'épithélium superficiel ou de ses éléments prédécesseurs, ni de l'épithélium folliculaire ou des éléments qui le précèdent, ni des restes des reins primitifs situés dans le hile de l'ovaire : il faut les considérer comme des amas de cellules congénitalement égarées dans les ovaires : amas congénitaux de cellules *a*) pavimenteuses ; *b*) ciliées ; *c*) caliciformes.

9° Le développement d'un adénome proliférant à cellules pavimenteuses, ciliées, caliciformes, ne tient pas seulement à la présence de cellules ciliées, caliciformes, mais également à un stroma tubaire appartenant à ces épithéliums et différant du stroma de l'ovaire. A défaut de ce stroma tubaire, des phénomènes de dégénérescence apparaissent de bonne heure dans les tubes à épithéliums ciliés et à cellules caliciformes, et le stroma ovarique normal, ici

comme dans l'atrésie folliculaire, sert au remplissage connectif des cavités sous-épithéliales.

10° Le début du développement d'une couche d'épithéliums ciliés ou de cellules caliciformes est lié à la situation topographique des foyers d'épithélium cilié ou de cellules caliciformes, c'est-à-dire que les foyers situés à proximité de la zone vasculaire commencent, comme dans le développement des follicules, à proliférer les premières, tandis que les foyers à proximité de la surface ne commencent à se développer que plus tard.

Deux carcinomes utérins rares avec remarques touchant la théorie des tumeurs malignes (Zwei ungewohnliche Uterus-carcinome nebst Bemerkungen zur Theorie der bösartigen Geschwulste). OPITZ., *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 2, p. 169.

L'une des 2 pièces pathologiques provient d'une femme âgée de 57 ans, non menstruée depuis 6 à 8 ans, dernier accouchement 29 ans auparavant; or, sur cet utérus pathologique, obtenu par extirpation totale, l'examen microscopique, qui ne fit d'ailleurs que confirmer les constatations déjà faites sur des fragments obtenus par un curettage explorateur, démontra qu'une tumeur, dont il était le siège vers le fond et la corne utérine gauche, présentait des dégénérescences et processus anatomiques de deux espèces : *a*) *adéno-sarcome*, *b*) *sarcome*. A ce sujet, l'auteur fait la remarque qu'en général on accorde trop d'attention et d'importance aux modifications anatomiques constatées. Il faudrait surtout, d'après lui, s'efforcer après la cause primitive dont ces modifications anatomiques ne sont que les effets. Il est convaincu qu'adéno-scarcinome et sarcome ont été dans ce cas effet d'une même cause, c'est-à-dire que le facteur pathogène restant le même, les tissus ont réagi chacun à sa manière. Jadis, en matière de tuberculose, tout était dans la lésion supposée fondamentale, la granulation tuberculeuse ; aujourd'hui, l'importance de la granulation tuberculeuse est tombée, la modalité anatomique s'efface, au point de vue de l'importance, devant celle du vrai agent de la tuberculose, du bacille.

La seconde pièce provient d'une femme âgée de 58 ans, qui avait eu 11 accouchements normaux et 2 avortements, et qui n'était plus réglée depuis 6 ans. C'est un utérus sur lequel s'était développée une tumeur également mixte : 1° polype muqueux ; 2° dégénérescence carcinomateuse,

L'auteur incline à admettre qu'il y a eu d'abord développement du polype muqueux, puis que le polype ayant peu à peu proéminé dans le vagin, son épithélium cylindrique, par suite de la pression exercée par le vagin, se sera transformée en épithélium pavimenteux, et que la dégénérescence carcinomateuse sera venue après.

R. L.

Du travail manqué et de l'avortement manqué (Uber missed labour und missed abortion), E. FRÆNKEL. *Samml. klin. Vorträge*, 1903, n° 351.

1° On entend par *travail manqué* des efforts parturitifs vains, qui surviennent peu avant le terme naturel de la grossesse ou à ce moment, sont suivis de la cessation passagère ou prolongée des actions expulsives, et de la rétention du fœtus *in utero* au delà du temps de son existence intra-utérine.

2° A cause du manque d'une distinction nette entre un avortement traînant d'une façon anormale en longueur et une fausse couche aboutissant à l'expulsion d'un enfant mort, il faut soit abandonner ce terme « avortement manqué », soit le maintenir avec le sens de : rétention *in utero* d'un œuf intact, mort avant le terme de la vie intra-utérine, consécutive à des efforts abortifs plus ou moins prolongés, et allant jusqu'au terme de la grossese et au delà.

3° Dans l'état actuel des faits, on est justifié à admettre que le *travail manqué*, que la rétention *in utero* telle qu'elle vient d'être définie, peut se produire avec un utérus de forme normale et bien développé. Toutefois, cette complication survient très fréquemment dans la corne accessoire d'un utérus bicorne.

4° Pour bien comprendre la signification du *missed labour*, il faut résoudre les questions suivantes :

I. — Quelle est la cause, en général, du début des douleurs de l'accouchement et pourquoi, une fois en train, doivent-elles continuer jusqu'à terminaison de l'accouchement ?

II. — Sous l'influence de quelles conditions peuvent-elles cesser momentanément ou de manière persistante ?

III. — Sous quelle influence ces conctractions peuvent-elles réapparaître après avoir cessé un temps plus ou moins long ?

Réponse à I. — Les causes des contractions de l'accouchement doivent être ramenées à celles qui amènent les contractions de la

grossesse, celles-ci étant actionnées par les *excitations locales des centres cervicaux des mouvements de l'utérus*, et se transformant, par suite de l'intensité croissante de ces excitations locales, en contractions de l'accouchement. D'après l'opinion de Kustner et de Keilmann, *il faut considérer, comme cause du début du travail, l'effacement suffisant du col combiné avec l'accroissement du contenu utérin, c'est-à-dire avec la maturité du fruit.*

Réponses à II. — Pour les progrès et la bonne terminaison de l'acouchement, il faut qu'il existe un rapport convenable entre la force musculaire de la portion supérieure, expulsive de l'utérus (muscle creux), et la portion inférieure du canal de la parturition (canal extensible). Toutes les circonstances qui peuvent augmenter les résistances au niveau du canal extensible en même temps qu'affaiblir la puissance des forces supérieures expulsives sont susceptibles de conduire à un *missed labour*; des résistances anormales, des obstacles au niveau du col empêchent son effacement et sa transformation en segment utérin inférieur par les contractions de la grossesse. De là, développement de l'œuf exclusivement dans le muscle creux et amincissement de sa paroi; de là contractions de grossesse trop faibles et contractions défectueuses pour la dilatation. La pénétration insuffisante de la poche des eaux dans la portion inférieure du col, l'excitation insuffisante des ganglions cervicaux, la non-apparition du début du travail vrai sont les circonstances successives et coordonnées du processus (insuffisance absolue du muscle creux).

Mais un affaiblissement pathologique du muscle creux (péritonite, atrophie de lactation, tumeurs, etc.) peut primitivement entraîner des contractions de grossesse et de dilatation trop faibles, incapables d'effacer un col même normal (insuffisance relative du muscle creux).

Réponse à III. — Pourquoi, après une sorte d'inhibition durant des semaines, des mois, l'activité utérine apparaît-elle de nouveau et aboutit-elle alors, parfois, à l'expulsion spontanée du fœtus ? La soi-disant théorie du « corps étranger » d'après les expériences d'Iwanoff, Orloff, etc., ne constitue pas une explication suffisante. Comme agent direct s'ajoute encore, ici, la congestion mentruelle, agent d'autant plus actif que le moment de son intervention est plus éloigné du terme normal de l'accouchement. Quand l'œuf retenu est ouvert, et que consécutivement il y a eu putréfaction, il est

probable que les toxines introduites dans la circulation mettent en jeu, par les phénomènes hyperthermiques qu'elles produisent, (fièvre), l'activité utérine, qu'alors, comme phénomène terminal, se manifeste l'intolérance de l'utérus vis-à-vis du corps étranger.

5° Les causes de l' « avortement manqué », de la rétention d'un œuf abortif mort, se prolongeant non rarement au delà du terme normal de la grossesse, sont justiciables des mêmes explications que celles du « travail manqué ». Le développement des contractions de grossesse, puis de dilatation par pression sur l'orifice interne du col et sur les ganglions para-cervicaux survient d'autant plus tardivement que la rétraction de l'œuf est plus progressive, que la résorption du liquide amniotique est plus lente. Ici, encore, l'œuf même complètement détaché, restant comme corps étranger dans l'utérus, n'est expulsé que par l'irritation congestive due aux règles revenues, et d'ordinaire avec des hémorragies abondantes.

6° Au point de vue thérapeutique, il convient, au cas de rétention d'un fœtus mort à terme, ou près du terme, de ne pas attendre trop longtemps au delà du terme de la grossesse. Lorsque, 6 à 8 semaines au plus après le terme de la grossesse, les contractions utérines ne se sont pas spontanément manifestées, il faut, par des agents de contraction et de dilatation (métreuryse, dilatation suivant Bossi), chercher l'expulsion du fœtus. Naturellement, au cas d'ouverture de l'œuf et de putréfaction, on agira *immédiatement*, et, éventuellement, on enlèvera les parties infectées ou profondément modifiées de l'œuf. Quand il s'agit d'*avortement manqué*, il faut pour les mêmes raisons, quand, par des examens répétés, on s'est assuré de la mort de l'œuf, et pour prévenir des métrorrhagies abondantes et souvent inattendues, procéder à la dilatation du col et au curage, digital autant que possible, de la cavité utérine.

R. L.

Traitement des formes cliniques communes de la gonorrhée chez la femme, C. Revin (Treatment of the common clinical forms of gonorrhœa in the female). *New-York med. J.*, and *Philad. med. J.*, juin 1903, p. 1106.

Après avoir rappelé les complications graves auxquelles la gonorrhée peut donner lieu (ovarites, pyosalpinx, etc.), et noté

cette circonstance défavorable que, très souvent, la femme gonorrhéique n'est soumise que trop tardivement aux soins médicaux, l'auteur expose sa façon de diriger le traitement : « La malade est-elle à une période aiguë de la maladie, repos au lit, si possible. A cette phase, le traitement doit être purement symptomatique. Pas de traitement local au cas de fièvre, par crainte de favoriser la diffusion des gonocoques vers les trompes et le péritoine. Donner, à cette période, un mélange de salol, de bicarbonate de soude et de bromure de sodium, mélange à la fois sédatif et antiseptique.

La période aiguë passée, injection uréthrale, la malade ayant uriné, d'environ une demi-once d'une solution de 5 à 10 p. 100 d'argyrol. Au cas de cystite gonococcique, instillation d'une solution de nitrate d'argent de 2 à 5 grains par once, ou d'une solution de sulfate de cuivre. On peut aussi laver la vessie avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2.000, ou de nitrate d'argent en même proportion. L'infection persiste-t-elle en dépit de ce traitement? donner à l'intérieur de l'urotropine, du santal, du copahu, et faire simultanément des applications endoscopiques, surtout de nitrate d'argent, sur le col de la vessie. Sont également à conseiller dans ces conditions : la dilatation de l'urèthre, les applications directes sur l'urèthre du mélange suivant : iodoforme, 3 gros; baume du Pérou et teinture composée de benjoin, 1 once; solution de nitrate d'argent, 2 à 10 grains par once. Quand la goutte de pus au niveau du méat persiste à l'état chronique, chercher la raison de cette chronicité dans l'état des follicules uréthraux ou glandes de Skene. L'affection des follicules uréthraux, uréthrite de Guérin, est justiciable surtout de la dilatation, de l'application de tiges cylindriques enduites soit d'onguent ioduré, soit de pommade à l'argyrol (20 d'argyrol p. 100 de lanoline). Au cas d'infection des glandes de Skene, on peut les sentir rouler sous le doigt sur les côtés de l'urèthre antérieur. Un traitement de choix consiste à injecter dans les glandes, les zones voisines ayant été protégées avec de la vaseline, une solution de nitrate d'argent (20 grains par once), ou bien une solution phéniquée. Au cas de gonorrhée du col, enlever d'abord la sécrétion cervicale, puis injecter quelques gouttes d'une solution à 20 p. 100 d'argyrol, ou à 2 à 3 p. 100 de protargol. Traitement à répéter tous les jours si possible, ou au moins tous les deux jours, jusqu'à ce que le microscope ne montre plus ni pus ni gonocoques. Quand la chose est facilement exécu-

table, il est bon d'introduire dans l'utérus une petite bande de gaze saturée d'argyrol et destinée à favoriser le drainage. Pour les irrigations, les solutions suivantes sont utiles : « acide phénique, 2 gros; sulfo-carbonate de zinc, une demi-once ; glycérine, 3 onces ; une cuillerée à café de ce mélange pour un quart d'eau chaude; lysol, créoline, solution salée physiologique, permanganate de potasse. 1 p. 2.000; argyrol, 1 p. 500; protargol, 1 p. 500.

Nitrate d'argent, sulfate de cuivre, 10 à 30 grains par once, en application sur le canal cervical, argyrol à 25 p. 100, acide phénique sont des agents efficaces. Un certain temps après la période aiguë, l'auteur a coutume de badigeonner le vagin, la muqueuse du col avec une solution de nitrate d'argent, 10 à 15 grains par once. A cette période, contre l'élément catarrhal, rien ne vaut plus qu'un mélange d'argyrol 25 p. 100, d'ichtyol 25 p. 100, de glycérine 50 p. 100. On applique un tampon enduit de cette mixture, qu'on laisse en place de 6 à 12 heures, et, le tampon enlevé, on donne une injection chaude, la femme étant couchée. Ichtargan, tannin, iodoforme sont également utiles à cette période.

En cas d'échec des moyens précédents, le curettage peut être indiqué. Mais il a l'inconvénient d'être souvent suivi d'une leucorrhée profuse persistante. Et, à cause des risques de péritonite qu'il entraîne, l'auteur n'en est pas grand partisan.

En terminant, O. Revin tient à marquer plus particulièrement 2 points : 1° l'utilité du repos absolu dans la période des accidents aigus ; 2° la nécessité de se préoccuper de l'état des glandes de Bartholin, dont l'infection persistante, négligée ou insuffisamment traitée, est l'origine de nouvelles poussées et surtout de nouvelles contaminations. R. L.

De la syphilis pendant la grossesse (Die Syphilis in der Schwangershaft), B. Rosinsky. *Monatshefte f. praktische Dermat.*, 1903, n° 12, p. 732.

L'auteur étudie plus spécialement ces 2 points : *a*) contagion utérine; *b*) altérations placentaires spécifiques.

Perméabilité du placenta. — Exceptionnellement seulement, le placenta permettrait le passage de germes pathogènes de la mère au fœtus, et *vice versa*, en sorte que les syphilis post-conceptionnelles, par ce mécanisme, seraient très rares. En général, les altérations placentaires seraient soit localisées sur la portion mater-

nelle de l'arrière-faix soit sur la portion fœtale, et l'organisme correspondant à la portion restée saine resterait sain.

Contagiosité du sperme. — Le sperme d'un sujet syphilitique, à la période contagieuse de la maladie, est capable d'infecter par contact, de transporter la maladie sur une plaie, et peut-être au même degré que les produits spécifiques de la première et de la seconde période. A la période non contagieuse de la syphilis, le sperme n'est plus contagieux ; les plaies mises à son contact restent stériles. Le virus contenu dans le liquide séminal est à l'état d'inactivité; mais vient-il à être déposé avec le sperme dans l'ovule? son activité, sous l'influence de la grande force formatrice de l'ovule, reparaît avec le retour de son action spécifique.

Immunité des mères d'enfants syphilitiques par leurs pères. — Elle serait due à l'action exercée sur l'organisme maternel par les produits des échanges des microbes syphilitiques du fœtus, produits diffusés dans l'organisme maternel.

Les différences entre les manifestations cliniques de la syphilis congénitale et de la syphilis par contact s'expliqueraient par la théorie de Hochsinger, que l'auteur applique aux altérations pathologiques constatées à la portion fœtale du placenta. Processus pathologique consistant en une phlegmasie diffuse, débutant dans les petits vaisseaux et de là s'étendant au stroma villeux et au revêtement épithélial. Les épaississements nodulaires, fréquemment observés sur les placentas syphilitiques, sont des formations accidentelles, des soudures de villosités, malades, des thromboses, etc., elles n'ont aucun rapport avec les productions gommeuses de la période tertiaire (proscrire la fausse dénomination de *gommes placentaires*, trop facilement employée). La théorie d'Hochsinger explique pourquoi les altérations syphilitiques sont si rares dans les membranes, sur le cordon ; à ce niveau, manquent le réseau capillaire, les fines ramifications vasculaires auxquels est étroitement associé le procesus infectieux syphilitique.

Altérations syphilitiques du placenta: 1° *Portion fœtale.* — Les altérations syphilitiques de la partie fœtale sont caractéristiques, on les distingue aisément des non-spécifiques. L'auteur en décrit une espèce non encore signalée, consistant dans l'irruption du syncitium dans le stroma villeux. C'est une pénétration active de l'épithélium dans le tissu conjonctif.

Neumann et Chaletzky ont constaté semblables conditions anato-

miques sur des môles hydatiques, et Langhans dans un cas de placenta abortif, très suspect de syphilis.

2° *Portion maternelle.* — Ici, les altérations syphilitiques n'auraient rien de caractéristique.

L'auteur formule cette conclusion générale : *Seule, la portion du placenta qui correspond à l'organisme infecté présente des altérations syphilitiques.*

Pronostic, prophylaxie, traitement. — Contrairement à Finger, et malgré les exceptions signalées à la loi de Colles, R... est d'avis : que toute mère doit nourrir *son* enfant syphilitique, que tout enfant non syphilitique doit être nourri par *sa* mère syphilitique. En ce qui concerne le *traitement* de la syphilis congénitale, l'auteur emploie, comme pour la syphilis par contact, la méthode intermittente, chronique (chronisch intermitterenden Methode).

R. L.

Sur les ferments du liquide amniotique, par Biondi (Ueber Fermente im Fruchtwasser). *Zentralb. f. Gyn.*, n° 21, 1903.

Les recherches de l'auteur avaient été entreprises dans le but de voir si la composition chimico-biologique du produit amniotique n'expliquait pas les modifications que présentent les tissus des fœtus macérés, retenus dans l'œuf intact. Elles ont été négatives. Par contre, dans le liquide amniotique normal, l'enfant étant vivant, l'auteur a trouvé constamment de la *pepsine*, du *ferment amylolytique*, quelquefois de la *lipase*, le *ferment dédoublant le salol* et une *enzyme* analogue au fibrin-ferment.

Quelle est la provenance de ces ferments ?

Ils peuvent provenir soit de l'urine du fœtus, soit de son sang, soit du sang de la mère.

L'étude de l'urine des enfants nouveau-nés a montré que jamais on n'y trouve de pepsine et que le ferment amylolytique y fait défaut dans la moitié des cas, ou bien est presque inactif dans les cas où on le trouve. Ce n'est pas de l'urine du fœtus que viennent les ferments du liquide amniotique.

Ils ne viennent pas, non plus, du sang du fœtus. Les recherches de Bial sur le sérum du fœtus et du nouveau-né ont en effet montré que le ferment amylolytique n'y existait pas. Il en est de même de la pepsine, que M. Biondi n'a jamais trouvée dans le sang du cordon ombilical.

liquide amniotique. Dès lors on peut se demander s'ils constituent un produit de transsudation n'ayant aucune valeur, ou bien s'ils remplissent une fonction déterminée dans la vie du fœtus.

Pendant son séjour dans l'utérus, le fœtus avale du liquide amniotique. Les ferments qu'il renferme auraient peut-être pour but de faciliter à l'organisme fœtal l'assimilation des matériaux que le liquide amniotique dissout une fois qu'il est absorbé à la surface de l'intestin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'obstétrique (Lehrbuch der Geburtshilfe), par F. AHLFELD. Leipzig, Granow, 1903.

La troisième édition du traité déjà connu de F. Ahlfeld a été profondément remaniée et mise à jour. Le texte est illustré par 462 figures. La plupart reproduisent soit des pièces personnelles recueillies à la clinique de Marburg, soit les figures d'après nature publiées par les accoucheurs-anatomistes contemporains. Bon nombre sont empruntées à Pinard et à Varnier.

Quant à l'esprit de ce livre, il est essentiellement subjectif. Ce n'est pas un travail de compilation, mais le résultat de l'expérience de 30 années consacrées à une consciencieuse et intelligente pratique obstétricale.

A. C.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris, imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

MODIFICATIONS DU SANG

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

ET LES SUITES DE COUCHES NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Par le docteur **Paul Carton**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au moment de l'accouchement, le sang subit des modifications et dans les suites de couches le retour à l'équilibre physiologique s'accompagne de réactions variables. Ce sont ces réactions que nous nous proposons d'étudier en nous servant des documents recueillis pendant l'année d'internat que nous venons de passer dans le service du docteur Champetier de Ribes. Cette étude ne sera toujours pas aussi complète que nous l'aurions désirée, les observations nous ayant manqué dans certains cas.

Nous nous sommes borné à étudier exclusivement la numération et l'équilibre leucocytaire. Dans l'immense majorité des cas, nous avons pour chaque observation pratiqué des prises de sang quotidiennes à la même heure de la journée et à intervalles éloignés des repas pour éviter les causes d'erreur.

Successivement nous étudierons les modifications qui surviennent au cours de l'accouchement normal, de l'accouchement gémellaire ; puis nous verrons quels changements se produisent dans les cas pathologiques : accouchement d'enfants morts et macérés, infection puerpérale.

Nous avons pratiqué nos numérations à l'aide de l'hématimètre Hayem, établi nos moyennes pour l'équilibre leucocy-

taire sur trois cents leucocytes comptés. Pour la coloration, nous nous sommes surtout servi de l'éosine orange et du bleu de toluidine.

1° **Accouchement normal.** — Avant l'accouchement. — *Leucocytose.* — **Sans vouloir reprendre la question** bien établie de la leucocytose gravidique signalée la première fois par Hayem et Malassez, nous l'avons étudiée dans le dernier mois de la grossesse pour mieux apprécier les changements qui se produisent sous l'influence du travail. Nous avons vu qu'elle était très variable d'un jour à l'autre, oscillant le plus souvent entre 8.000 et 15.000 leucocytes par millimètre cube. Quelquefois même elle manque, et il arrive assez souvent qu'on ne trouve que 6.000 leucocytes. Zangmeister et Wagner, qui avaient étudié la leucocytose dans les deux derniers mois de la grossesse, la voyaient également varier entre 7.500 et 15.000 leucocytes.

Les globules rouges subissent eux aussi une augmentation : ils oscillent entre 4.500.000 et 5.000.000.

Le taux des polynucléaires est également plus élevé qu'à l'état normal. Ils varient entre 70 et 80 p. 100 et peuvent s'élever davantage dans les jours qui précèdent le travail.

Les éosinophiles restent au taux normal : 1 à 3 p. 100 ; ils tendent plutôt à diminuer près du terme de la grossesse.

Avec ces données peut-on arriver à diagnostiquer l'accouchement? Oui, dans certains cas, où l'élévation de la leucocytose est manifeste. A ce sujet, de nouvelles recherches sont nécessaires, car à côté de cas où l'accouchement s'annonçait proche, dans d'autres rien ne pouvait le faire prévoir.

Pendant le travail. — Il se produit :

1° Une augmentation souvent très accusée du nombre des leucocytes. Elle se fait lentement à partir du début du travail et elle atteint son maximum au moment de l'expulsion du fœtus. Rarement, nous l'avons vu, elle peut exister avant le début apparent du travail. Ces faits sont en concordance avec ceux publiés par Hibbard et Franklin White, Mannicini,

Zangmeister et Wagner. Ces derniers ont noté l'influence de la longueur du travail sur la leucocytose. Nous n'avons pas trouvé cette influence très évidente, du moins dans les cas moyens, où le travail ne se prolongeait pas au delà de 30 heures. Cette leucocytose du travail est plus élevée chez les multipares. Voici le relevé de 10 examens pratiqués au moment de la période d'expulsion chez 10 primipares et chez 10 multipares :

	PRIMIPARES			MULTIPARES		
	Leucocytes	Polynu l.	Eosinoph.	Leucocytes	Polynu l.	Eosinoph.
	28.675	94	0	10.825	»	»
	20.150	91	0	9.300	85	0,7
	28.675	87	0	23.250	»	»
	24.025	86	0	20.925	91	0,3
	17.050	»	»	22.475	83	1
	21.700	86	0,3	14.725	78	0
	23.250	93	0	9.300	85	0
	25.575	91	0	22.475	91	0
	28.614	90	0	12.640	81	0
	25.025	92	0	15.500	76	0
Moy. :	24.274	90	0	16.141	84	0

La leucocytose est encore plus élevée chez les femmes qui, au moment de l'accouchement, ont une élévation de température ou sont sous l'influence d'un état pathologique quelconque : tuberculose, hydramnios. Chez une grande multipare atteinte de tuberculose cavitaire, nous avons compté à ce moment 32.000 leucocytes ;

2° Une augmentation de globules rouges qui paraît aussi forte chez les primipares que chez les multipares. Nous avons trouvé en faveur des multipares un écart d'un peu plus de 100.000 G. R., sur 10 numérations pratiquées chez les deux.

	PRIMIPARES	MULTIPARES
	3.968.000	4.960.000
	5.735.000	4.557.000
	4.300.000	4.061.000
	3.937.000	5.115.000
	3.999.000	4.681.000
	4 464.000	4.774.000
	4.991.000	4.858.000
	4.805.000	4.929.000
	5.239.000	4.402.000
	4.774.000	4.526.000
Moyennes :	4.622.000	4.756.000

3° Une augmentation des polynucléaires. Quelquefois elle commence déjà pendant les jours qui précèdent l'accouchement. Au moment du travail, le taux des P. est plus élevé chez les primipares que chez les multipares. Nous avons trouvé une moyenne de 90 p. 100 pour les unes et 84 p. 100 seulement pour les autres ;

4° La disparition presque totale des éosinophiles, surtout chez les primipares : le plus souvent on n'en rencontre pas un seul sur 300 leucocytes et très rarement on en voit 1 ou 2.

Suites de couches. — Aussitôt l'accouchement terminé, le mouvement ascensionnel qui s'était manifesté du côté des leucocytes, des globules rouges et des polynucléaires cesse, et la chute de ces divers éléments commence. On constate :

1° La chute de la leucocytose, qui se fait assez rapidement. Ce mouvement de descente est déjà appréciable au bout d'une heure ; dans une observation nous avons vu, en une heure, une différence de 4.000 leucocytes. Cette chute s'accomplit soit brusquement en 24 heures, soit progressivement en 2 jours, et c'est là le cas le plus fréquent. Vers le 5e jour, la leucocytose persiste, légère, entre 8.000 et 15.000 ; sur 9 cas, la moyenne était de 9.963 leucocytes le 5e jour ;

2° La chute des globules rouges, suivie d'un mouvement ascensionnel. Les G. R. descendent progressivement pen-

dant trois jours environ ; nous avons trouvé comme écart les chiffres extrêmes de 400.000 à 1.400.000 et une moyenne de 865.000 sur 8 cas. Vers le 3e ou 4e jour, ils remontent, pour atteindre fréquemment le chiffre qu'ils avaient au moment de l'accouchement. Cette ascension coïncide le plus souvent avec la montée laiteuse ;

3° La chute de polynucléaires. Elle se fait en lysis et atteint son maximum du 3e au 6e jour. Ce maximum de chute correspond au maximum d'élévation de la courbe de réaction éosinophilique. Le taux des polynucléaires tombe à ce moment à 65 p. 100 ;

4° Une réaction éosinophilique. Elle est légère pour les accouchements normaux. Elle se produit entre le 3e et le 6e jour, oscille entre 2 et 5 p. 100 et sur 9 cas nous a donné une moyenne de 3,5 ;

5° Une augmentation des grands mononucléaires, qui peuvent atteindre jusqu'à 10 et 15 p. 100 ;

6° L'apparition d'éléments anormaux : mastzellen, grands basophiles, qui indiquent une perturbation accompagnant le retour à l'équilibre normal.

2° **Accouchement gémellaire.** — PENDANT LE TRAVAIL. — On observe :

1° Une leucocytose très accusée, aussi élevée que celle des primipares pendant l'accouchement simple. Les quatre observations qui suivent sont prises au moment de l'expulsion du fœtus. Il s'agissait de multipares :

	G. B.	G. R.	P.	É.
N° 531	27.125	3.410.000	92	0
N° 352	22.475	4.743.000	82	0
N° 1069	26.355	4.309.000	86	0
N° 322	21.700	5.611.000	73	0.3
Moyennes :	24.413	4.518.000	88	»

2° Une augmentation du nombre des globules rouges ;

3° Une augmentation des polynucléaires ;

4° La disparition des éosinophiles.

Dans les suites de couches. — On observe :

1° La chute de la leucocytose. Elle se fait soit rapidement en 24 heures, soit progressivement en 2 ou 3 jours, et le nombre des leucocytes oscille alors autour de 10.000 ;

2° La chute des globules rouges et leur réascension au bout de quelques jours ;

3° Une réaction éosinophilique assez intense. Elle se produit entre le 3e et le 6e jour. Nous l'avons vue dans 3 cas s'élever à 5,7, 6,3 et 6,7 p. 100, ce qui donne une moyenne de 6,2 p. 100. Les suites de couches fébriles empêchent naturellement cette réaction de se produire ;

4° L'augmentation du nombre des grands mononucléaires et l'apparition d'éléments anormaux ; grands basophiles, mastzellen.

En somme, à part le taux élevé de la leucocytose du travail et de la réaction éosinophilique des suites de couches, on trouve dans les accouchements gémellaires des variations sanguines presque identiques à celles qui se produisent dans les accouchements simples. Les différences qui existent : hyperleucocytose et éosinophilie plus accusée, pourraient peut-être s'expliquer par une intoxication gravidique légère due à la présence de deux fœtus.

3° **Rétention de fœtus morts in utero.** — Avant l'accouchement. — Il est difficile de recueillir des observations avant l'accouchement de fœtus morts et macérés et surtout de saisir les modifications du sang qui peuvent se produire dans les jours qui suivent la mort du fœtus, les femmes venant rarement consulter à ce moment ou refusant de rester à l'hôpital. Nous avons pu toutefois observer deux malades, mais nous faisons quelques réserves sur les conclusions que l'on peut tirer de ces deux cas, de nouvelles recherches nous paraissant nécessaires pour établir les faits d'une façon indiscutable. L'une de nos malades était très albuminurique, et après la mort du fœtus la leucocytose persista ; peut-être était-elle entretenue par des lésions rénales. Dans les jours qui pré-

cédèrent l'accouchement, il se produisit, comme cela se passe souvent pour l'accouchement normal, une ascension de la courbe des globules rouges et des polynucléaires.

L'autre malade n'avait pas d'albumine et était suspecte de syphilis. Chez elle, après la mort du fœtus, la leucocytose n'existait plus, les polynucléaires restaient à un chiffre presque normal, oscillant entre 65 et 75 p. 100, et le nombre des globules rouges était peu élevé.

Dans tous les cas, les éosinophiles restaient entre 1 et 2 p. 100.

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT. — Le chiffre des globules rouges est variable. Il y a hypoglobulie dans certains cas, polyglobulie dans d'autres. Voici le tableau de 15 numérations faites au moment de l'expulsion du fœtus macéré:

	PRIMIPARES		MULTIPARES
	4.619.000		5.115.000
	3.658.000		4.092.000
	4.650.000		4.929.000
	3.751.000		3.472.000
	4.123.000		3 224.000
Moyenne :	4.160.000		4.371.000
			7.750.000
			4.619.000
			3.751.000
			3.937.000
		Moyenne :	4.526.000

La leucocytose du travail est très variable. Elle peut atteindre jusqu'à 30.000 leucocytes, comme elle peut, dans certains cas, manquer totalement et les leucocytes rester au taux normal de 7.000.

D'une façon générale, cette leucocytose est plus accusée chez les primipares, comme cela se passe dans les accouchements normaux. Nous l'avons vue s'élever en moyenne à 19.000 leucocytes chez les primipares et à 15.000 chez les multipares. Le degré de macération du fœtus ne nous a pas paru influencer la leucocytose.

La courbe des polynucléaires subit un mouvement d'ascension très marqué au moment du travail, surtout chez les primipares, mais les moyennes de 89 p. 100 chez les primipares et de 83 p. 100 chez les multipares sont presque identiques à celles trouvées pour les accouchements normaux.

Les éosinophiles disparaissent la plupart du temps, surtout chez les primipares ; on peut pourtant en compter quelquefois de 1 à 3 sur 300 leucocytes.

	PRIMIPARES			MULTIPARES		
	Leucocytes	Polyn.	Eosin.	Leucocytes	Polyn.	Eosin.
	13.524	95	0	7.891	73	0
	20.925	93	0	10.075	80	0,3
	28.101	90	0	17.050	82	0
	12.768	88	0	16.328	90	0
	20.925	81	0,3	29.450	71	2,3
				7.750	81	0,3
Moyennes :	19.248	89	»	21 700	87	0
				10.075	89	0,3
				13.797	86	0
				15.800	90	1
				17.472	90	1
			Moyennes :	15.122	83	»

DANS LES SUITES DE COUCHES. — 1° Les globules rouges diminuent puis remontent le plus souvent. C'est là un fait que nous retrouvons dans tous les accouchements normaux ou non.

2° La courbe des leucocytes tombe soit brusquement en 24 heures, soit progressivement en 2 ou 3 jours. Souvent à partir du 4ᵉ jour le nombre des leucocytes augmente dans une assez grande proportion. Nous attribuons cette ascension au travail d'élimination de la caduque ; la rétention de la totalité ou d'une grande partie de la caduque étant la règle dans les accouchements de fœtus macérés.

3° La chute des polynucléaires se fait progressivement, et en règle générale ils atteignent leur chiffre normal vers le

5e jour. Assez souvent leur proportion augmente ensuite parallèlement à celle du nombre total des leucocytes, augmentation qui peut être également attribuée à l'élimination de la caduque.

5° La réaction éosinophilique des suites de couches est beaucoup plus accusée ici que dans les accouchements normaux. Nous l'avons vu s'élever jusqu'à 9,3 p. 100 et dans 12 cas où elle s'est produite nous avons noté une moyenne de 6,3 p. 100. Cette réaction ne saurait être attribuée à la guérison d'une légère infection due à l'élimination de la caduque, car elle est précoce et se manifeste du 3e au 6e jour. De plus, dans certains cas, on a deux réactions successives : la première, due à l'expulsion du macéré ; la seconde, à l'élimination de la caduque.

Cette éosinophilie indique probablement la cessation et la guérison d'un état toxique dû à la présence d'un produit de conception mort *in utero*, car elle est analogue à celle que l'on observe dans la convalescence d'états infectieux divers : appendicite, infection puerpérale, etc. Naturellement, cette éosinophilie n'apparaît pas si la malade fait de l'infection utérine et si elle a des suites de couches fébriles ; c'est pour cette raison que nous l'avons vue manquer 3 fois sur 15. Le degré de macération du fœtus ne nous a pas paru influencer cette éosinophilie.

4° **Infection puerpérale.** — L'infection puerpérale se traduit du côté du sang par une hyperleucocytose polynucléaire dont l'intensité donne la mesure de la gravité de l'infection. Cette réaction sanguine est très sensible et ses variations sont très utiles à suivre, car souvent la courbe de la formule hémoleucocytaire est d'une valeur très supérieure à la courbe thermique pour le pronostic. Quoique cette division soit un peu factice, nous distinguerons trois degrés dans l'infection puerpérale en nous basant sur les réactions sanguines.

A. Forme légère. — Elle est caractérisée :

1° Par l'augmentation du nombre des globules rouges. C'est

là un fait banal que l'on retrouve dans toutes les infections et suppurations ; nous n'y insisterons pas ;

2° Par une hyperleucocytose qui oscille autour de 15.000 et qui, dans certains cas, peut s'élever jusqu'à 28.000 leucocytes. Mais ces chiffres élevés sont passagers, on ne les constate qu'une ou deux fois, et le lendemain la leucocytose doit diminuer, sinon on est en présence d'une forme plus grave ;

3° Par une polynucléose qui ne dépasse guère 85 p. 100 ou qui atteint momentanément 90 p. 100 ;

4° Par la diminution du nombre des éosinophiles. Et nous insistons sur ce fait que la persistance des éosinophiles au taux de 1 p. 100, par exemple, implique un pronostic favorable malgré la possibilité d'une hyperleucocytose concomitante. Rarement, dans ses formes légères, les éosinophiles disparaissent complètement, et si le fait se produit, il est passager.

Cette forme d'infection utérine est celle qui cède facilement à quelques injections intra-utérines.

B. Forme moyenne. — Elle est caractérisée :

1° Par une hyperleucocytose que, dans plusieurs cas, nous avons vue varier entre 20 et 30.000 leucocytes ;

2° Par une polynucléose atteignant ou dépassant 90 p. 100 et persistant plusieurs jours à ce taux ;

3° Par la disparition des éosinophiles qui dure plusieurs jours et par là même indique déjà que l'infection a atteint un certain caractère de gravité ;

4° Par la plus grande abondance des éléments basophiles.

Nous avons observé un cas où l'infection puerpérale fut d'intensité moyenne malgré la courbe thermique élevée : T. axillaire, 41°. Ce fait montre que la courbe hémoleucocytaire est plus sensible que la courbe thermique et dans ce cas, qui paraissait très grave, elle nous permit de porter un pronostic favorable. Si la leucocytose n'y fut pas aussi élevée que nous l'indiquions dans les formes moyennes, elle persista assez longtemps malgré la chute complète de la température, mon-

trant une infection toujours latente que le thermomètre n'indiquait plus.

C. FORME GRAVE. — Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de formes septicémiques suraiguës ; nous ne savons si on peut constater, comme dans les autres infections à marche foudroyante, l'absence de leucocytose et même la leucopénie.

Dans les formes graves nous avons constaté :

1° La diminution progressive et pourtant assez rapide du nombre des globules rouges succédant à l'hyperglobulie du début. Dans l'observation que nous publions, les globules rouges tombèrent à un moment au-dessous de un million par millimètre cube ;

2° Une hyperleucocytose accentuée, restant au-dessus de 25.000, malgré les interventions : injections intra-utérines, curettage. Nous l'avons vue s'élever jusqu'à 53.000 dans un cas mortel. Chaque complication viscérale : abcès, phlébite, etc., survenant au cours d'une infection puerpérale aiguë élève brusquement et très fortement le taux de la leucocytose ;

3° La disparition persistante des éosinophiles ;

4° L'absence d'éléments basophiles, mastzellen, plasmazellen. Cette absence est d'un mauvais pronostic. Après constatation, leur disparition non accompagnée d'une réaction éosinophilique assombrit également le pronostic ;

5° L'élévation permanente de la courbe des polynucléaires aux taux de 90, 92 p. 100. Nous les avons même vus atteindre 95 p. 100. S'ils restent en plateau au-dessus de 85 p. 100 malgré une diminution de la leucocytose, c'est également un indice de pronostic défavorable.

A quelles modifications sanguines reconnaît-on que la convalescence commence ? La convalescence se traduit par la chute définitive de la courbe des leucocytes et des polynucléaires, par le relèvement du taux des hématies, par l'augmentation des mononucléaires. Ce passage de l'hyperleucocytose à l'équilibre physiologique s'accompagne en

plus de perturbations dans la formule hémoleucocytaire, qui sont la basophilie, puis l'éosinophilie. Dans les cas à défervescence lente et irrégulière, l'inversion de la formule se produit lentement et modérément. Dans les cas à défervescence brusque, il se fait une sorte de crise hématique ; l'inversion de la formule est plus rapide et plus accentuée et présente une analogie avec ce qui se passe dans la convalescence de la pneumonie. Cette défervescence brusque s'observe souvent à la suite de l'infection utérine traitée par le curettage.

La marche de la réaction sanguine dans l'infection puerpérale est donc la même que dans les autres infections à polynucléose et passe par les trois stades de polynucléose, mononucléose et éosinophilie. Il est important de bien connaître les phases de cette réaction, car elle peut être très utile pour établir le pronostic et le traitement.

Le pronostic restera favorable si la leucocytose est peu élevée, ou si ayant été élevée elle tombe rapidement, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention : injection intra-utérine ou curettage.

Mais cette chute devra s'accompagner d'une chute proportionnelle des polynucléaires et de l'apparition des éosinophiles; sinon, malgré la baisse de la leucocytose, le pronostic devra être réservé.

Les éléments de gravité pour le pronostic seront une hyperleucocytose d'emblée très élevée, à 40.000 leucocytes par exemple; le maintien du taux de l'hyperleucocytose malgré les interventions : injection intra-utérine ou curettage ; une polynucléose restant en plateau vers 90 p. 100 : la disparition complète et persistante des éléments basophiles et éosinophiles.

Ces données peuvent-elles servir à guider le traitement ? Oui, dans une certaine mesure. Dans les avortements, la rétention placentaire avec une élévation thermique, même légère, a beaucoup plus d'importance pour l'indication du curettage que la courbe hémoleucocytaire. Dans l'infection *post partum* l'étude de cette courbe peut, au contraire, avoir

une réelle utilité. Ainsi, le curettage sera contre-indiqué, malgré une élévation de température et une leucocytose assez marquée, si le taux des éosinophiles se maintient assez élevé, à 1 p. 100, par exemple. Dans ce cas, les injections intra-utérines suffiront à tout faire rentrer dans l'ordre. Si, au contraire, en se rapportant aux données que nous venons d'indiquer plus haut, l'infection paraît assez grave, il faut pratiquer le curettage.

Enfin, dans les cas qui ne sont pas suraigus, si le curettage ne fait tomber ni la leucocytose, ni le taux des polynucléaires et si la basophilie et l'éosinophilie n'apparaissent pas, peut-être pourrait-on dégager de ces constatations une indication pour l'hystérectomie. Mais nous n'avons pas entre les mains de preuves assez concluantes pour être affirmatif à ce sujet.

CONCLUSIONS

I. Dans le dernier mois de la grossesse, le sang présente les modifications suivantes : leucocytose qui oscille entre 8.000 et 15.000 leucocytes, élévation du taux des hématies, polynucléose qui varie entre 70 et 80 p. 100.

II. Au moment du travail, il se produit : une hyperleucocytose polynucléaire plus accusée chez les primipares que chez les multipares, une augmentation des hématies, une diminution considérable des éosinophiles, qui finissent même par disparaître pendant la période d'expulsion. L'hyperleucocytose du travail est progressive ; elle commence au début du travail et quelquefois même dans les jours qui précèdent, pour atteindre son maximum au moment de l'expulsion du fœtus.

III. Dans les suites de couches, la leucocytose polynucléaire tombe soit brusquement en 24 heures, soit, plus souvent, en deux ou trois jours. Le taux des hématies s'abaisse également pendant deux ou trois jours, pour se relever ensuite. Enfin, entre le 3e et le 6e jour, on constate une légère réaction éosinophilique, qui en moyenne atteint 3,5 p. 100.

aryennes du Pérou, dit à leur sujet : « Leur stature est basse, solide et trapue, mais sans obésité ; ce sont de très robustes montagnards. Leurs épaules sont carrées ; le thorax bas, volumineux, proéminent, allonge le buste au détriment des extrémités inférieures ; la tête est trop large par rapport aux autres membres ; les jambes, musculeuses et douées d'une grande force ; les pieds et les mains, trop petits », etc.

Le témoignage des historiens présente en conséquence, comme types primitifs, deux qui sont absolument distincts : l'un qui peuple le sud, fort, grand, svelte ; l'autre qui habite le nord, petit, solide, charnu, d'une solidité métallique, d'après Lopez. Telle est l'explication de la différence qu'on observe encore aujourd'hui entre l'habitant de Buenos-Aires et du littoral en général, et celui de l'intérieur et du nord spécialement.

A propos des Indiens du littoral, Azara résume ses impressions par ces mots : « J'admire la hauteur de leur taille, la dimension et l'élégance de leurs formes et de leurs proportions, qui n'ont pas d'égales au monde et, en même temps, je ne doute pas de leur peu de fécondité. On doit admirer également *la facilité avec laquelle toutes les Indiennes accouchent sans le secours de personne*, sans aucune conséquence fâcheuse, sans cesser de se livrer, le même jour, à leurs occupations ordinaires, et sans que jamais le lait leur fasse défaut (1).

De la fusion de l'élément indigène avec l'élément espagnol et avec les étrangers qui se sont successivement incorporés s'est formé l'Argentin actuel, qui, dans la plus grande partie de nos villages et de nos villes, offre des spécimens de beauté et de virilité remarquables. L'influence de ce mélange est plus évidente dans les grands centres, où l'immigration européenne afflue en plus grande quantité. Dans l'intérieur et à la campagne, le type actuel conserve encore quelques traces du type primitif, traces qui diminueront certainement à mesure que le croisement des races s'accentuera.

(1) Félix de Azara, *Voyages dans l'Amérique méridionale*, 1809.



données des registres de la garde nationale. L'Argentin est bien conformé, actif, entreprenant; il aime les aventures et les émotions violentes; il est généreux, et son développement intellectuel est généralement précoce.

Quant à la femme, la sveltesse de ses formes et sa beauté physique sont connues. Douée d'une imagination vive et d'une intelligence nette, elle est remarquable par la noblesse de ses sentiments et la constance de ses affections dans tous les incidents de la vie. Elle remplit sans affectation, mais sans défaillance les devoirs du foyer et de la famille; elle est douce, toujours disposée au travail; elle sait être à tous les moments à la hauteur de la mission que son rang et son sexe lui imposent.

Au point de vue de sa conformation physique et de son développement corporel, on peut dire qu'il n'y en a pas de supérieure au monde. En veut-on la preuve? Voyez la fécondité de la femme argentine, les foyers qu'elle constitue, dans lesquels une progéniture de huit ou dix enfants projette la lumière et la vie, faisant prévoir pour ce peuple un immense pouvoir le jour où les cent millions d'hommes que peuvent nourrir ses *pampas* retireront de son sol les richesses qu'il renferme.

Cette fécondité de la femme du pays se constate dans toutes les parties du territoire argentin: sous les rayons brûlants du soleil de Corrientes, entre Rios, Tucuman, etc., comme sous le froid glacial des Cordillères, ou sous le climat tempéré de Buenos-Aires. De tous côtés, on constate la même famille nombreuse, le triomphe de l'union sexuelle, et en présence de ces souches qui se montrent si prolifiques, on trouve plus vraies que jamais ces paroles de Zola: « Dans le ventre de la femme germe la vie. »

VILLE DE BUENOS-AIRES. — Si on demande à nos accoucheurs leur opinion sur ce point, ils répondront unanimement avec nous: le rachitisme est inconnu parmi la femme argentine, et l'unique viciation pelvienne qu'on constate par

antéro-postérieur de 9 cm. 5 à 8 cm. 5.

C'est ce que nous a appris notre expérience de plus de sept années d'observations à la maternité de l'hôpital Rawson, où sur plus de 2.500 accouchements nous avons à peine constaté quatre bassins de femmes argentines légèrement rétrécis, et qui seulement ont exigé l'intervention du forceps.

Cette même observation est constatée par la statistique de la Maternité de l'hôpital Rivadavia, tenue par le docteur Salcedo, et qui donne les chiffres suivants :

Sur 2.921 accouchements de 1890 à 1895, il y a eu 60 cas de vices de conformation pelvienne, qui se divisaient ainsi :

20 bassins viciés par rachitisme ;

36 — non rachitiques ;

4 — viciés par des lésions de l'articulation coxo-fémorale ou l'altération des os iliaques.

La nationalité de ces 60 femmes ayant le bassin vicié est représentée dans le tableau suivant, que nous empruntons à l'importante thèse du docteur Salcedo :

NATIONALITÉS	PLATS non rachitiques	PLATS rachitiques	Généralement et régulièrement rétrécis	PLATS généralement rétrécis non rachitiques	PLATS généralement rétrécis rachitiques	OBLIQUES ovales	TOTAL
Argentine	5	2 (?)	9	4	3	2	25
Italienne	6	4	2	»	1	»	13
Russe	1	»	»	»	»	»	1
Espagnole	5	3	2	»	3	1	14
Uruguayenne	1	»	»	»	»	»	1
Française	1	»	»	»	1	»	2
Anglaise	2	1	»	»	»	1	4

Toutes les formes dont l'origine n'est pas le rachitisme sont les plus fréquentes : le bassin plat *rachitique* a été à peine



douteux, et il s'agissait d'une femme argentine.

De ces 60 bassins viciés sur 2.921 figuraient seulement quatre Argentines. Si la statistique en accuse 5, il faut en éliminer une, sur les lésions de laquelle il y a eu des doutes.

La proportion est par suite minime.

Les cas de rachitisme qui ont rendu nécessaire l'opération césarienne, à la Maternité de l'hôpital Rawson, ont été d'Italiennes ou d'Espagnoles.

Les études de pelvimétrie pratiquées par nous dans la même maternité, sur les femmes argentines, nous ont donné les résultats suivants :

Diamètre de Baudelocque : 19 centimètres dans 70 p. 100 des cas, 18 quelques rares fois et rarement aussi 20 et 21.

Diamètre bi-épineux : 25 centimètres dans 30 p. 100 ; 22 dans 30 p. 100 ; 21 et 24 parfois.

Diamètre bi-iliaque (crête) : 28 centimètres dans 25 p. 100 ; 27 dans 20 p. 100; 25 dans 6 p. 100 ; 26 dans 4 p. 100.

Province de Buenos-Aires. — Ce que nous avons dit de la ville de Buenos-Aires est parfaitement applicable à la province du même nom : la population de l'une et de l'autre est la même ; ici comme là, l'élément étranger est très mélangé.

Les femmes de la campagne de Buenos-Aires accouchent avec facilité et elles sont très fécondes. La salubrité générale est bonne ; l'air est sain ; la viande, qui constitue la principale alimentation, est bon marché, et ce serait une exception rare de rencontrer dans ce territoire une misère physiologique.

Le rachitisme est inconnu dans ce million d'habitants qui vivent sur son sol.

Si de la ville et de la province de Buenos-Aires nous passons à l'intérieur de la République Argentine, nous constaterons que le rachitisme n'y existe pas. Seule la ville de Cordoba offre quelques rares cas de viciation pelvienne. La statistique de la maternité qui fonctionne dans cette ville accuse, sur 750 accouchements comprenant 650 femmes cordobaises primipares, 3 cas de viciation pelvienne, dans les-

ces femmes avait une taille de 1 m. 23 et présentait une luxation coxo-fémorale.

République orientale de l'Uruguay. — Les habitants primitifs de ce pays furent les Indiens Charruas, qui, d'après Azara, occupaient à l'époque de la conquête la côte septentrionale du Rio de la Plata, depuis Macdonaldo jusqu'à l'Uruguay. Ils étaient de taille moyenne, supérieure à celle des Espagnols ; agiles, droits et bien proportionnés, il n'y en avait pas parmi eux qui fussent trop gras, trop maigres ou contrefaits.

La population uruguayenne actuelle représente les mêmes conditions ethniques que la population argentine ; elles se confondent, elles sont identiques. Toutefois, l'attention est frappée par ces faits que chez la femme de l'Uruguay, le rétrécissement pelvien est beaucoup plus fréquent que chez l'Argentine.

Le docteur J. Bosch, professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Montévidéo, nous a communiqué les renseignements suivants :

Race blanche. . .	Bassins normaux.	294
	Bassins rachitiques.	16
Race noire	Bassins normaux.	66
	Bassins rachitiques.	4

C'est dire que sur 380 bassins de femmes uruguayennes examinées, on a observé 20 rachitiques, soit 5 p. 100. Ce fait est constant là-bas ; le docteur Bosch, dans une lettre qu'il nous a adressée, nous dit que parmi les observations cliniques pratiquées cette année (jusqu'au 25 mars), on compte déjà sur 51 grossesses 2 bassins rachitiques (en comprenant les blanches, les négresses, les mulâtresses, etc.). Une d'elles eut un travail très long, de plus de 3 jours, à tel point que l'accoucheur avait fait ses préparatifs pour pratiquer la symphyséotomie (1), mais heureusement l'accouchement se termina spontanément.

(1) Le docteur J. Bosch a pratiqué à Montévidéo 3 symphyséotomies,



IV. Ces mêmes modifications s'observent dans les accouchements gémellaires, avec cette différence pourtant qu'au moment du travail, la leucocytose est plus accentuée et que pendant les suites de couches la réaction éosinophilique est plus accusée, s'élevant à 6,2 p. 100 en moyenne.

V. La mort du fœtus et sa macération *in utero* font tomber la leucocytose polynucléaire. L'accouchement de fœtus morts et macérés amène dans les grandes lignes les mêmes modifications sanguines que dans les cas normaux. Il importe seulement de noter dans les suites de couches une éosinophilie qui peut s'élever jusqu'à plus de 9 p. 100.

VI. L'infection puerpérale se caractérise par une hyperleucocytose polynucléaire dont l'intensité indique le degré de gravité. La réaction sanguine passe par les trois stades de polynucléose, mononucléose et éosinophilie. La guérison s'annonce par la chute de la courbe des leucocytes et des polynucléaires et par l'apparition d'éléments basophiles et éosinophiles. L'étude quotidienne de ces réactions peut servir à établir un pronostic et peut-être même à guider le traitement.

BIBLIOGRAPHIE

Achard, Sainton et Loeper, *Nouveaux procédés d'exploration*, 1902.

Ascoli, Della leucoc. in gravid. *Bull. de Soc. Lancisiana di Roma*, 1897-1898.

Fouassier, *Numération des globules du sang dans les suites de couches physiologiques et dans les lymphangites utérines*. Paris, 1876.

Hayem, *Le sang*. Paris, 1889.

Hibbard et Franklin White, *Journal of experimental medecine*, 1898.

Lacapère, *Le macrophage*. Thèse de Paris, 1902.

Mannicini, *Arch. ital. di gynec.*, 1899.

Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*.

Stiénon, Leucocytose dans les maladies infectieuses. *Ann. de la Soc. roy. des sciences méd. et nat.* Bruxelles, 1896.

Vild, Le sang pendant la grossesse et après l'accouchement. *Arch. f. Gynäkol.*, 1898.

Zangmeister et Wagner, La leucocytose pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. *Deutsche med. Woch.*, 1902.

LE RACHITISME EN AMÉRIQUE

ET SON INFLUENCE OBSTÉTRICALE

Par le docteur **Samuel Gache**, professeur libre d'obstétrique, accoucheur de l'Hôpital Rawson, lauréat de l'Institut (Académie des Sciences).

Nous nous proposons de consigner dans cet article les résultats de nos recherches sur la fréquence du rachitisme en Amérique et son influence au point de vue obstétrical.

La population américaine est constituée actuellement par un type qui provient du mélange de l'élément indigène primitif avec l'Européen qui réalisa la conquête du Nouveau-Monde.

Comme il est intéressant de connaître les sources, la provenance de l'Américain d'aujourd'hui, nous allons donner quelques brèves indications sur les aborigènes, les femmes particulièrement, parce que ces observations cadrent mieux avec le point de vue auquel nous nous plaçons pour étudier cette question.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE. — Commençons par dire que la race indigène est aujourd'hui en complète décadence : le progrès et la diffusion des mœurs civilisées ont envahi et continuent à envahir les territoires qu'elle occupait autrefois, et son nombre est chaque jour plus réduit. Dans la République Argentine, les persécutions réalisées par l'armée, les épidémies de petite vérole ajoutées à l'action de l'alcool, la tuberculose ont eu presque complètement raison des Indiens, et ce n'est plus qu'exceptionnellement qu'on les retrouve encore organisés dans certaines contrées, comme le Chaco, par exemple. Le recensement de 1895 fixe leur nombre à 30.000 dans tout le pays.

ments dans lesquels il fut nécessaire d'appliquer le forceps, n'a jamais observé de vices causés par le rachitisme.

La population actuelle du Paraguay se conserve à peu près pure ; les étrangers sont très rares.

Bolivie. — La population de Bolivie se compose principalement d'Indiens des races *aymaras* et *quichuas*. L'élément Européen est rare.

Le type de ces Indiens est fort, robuste ; leurs femmes sont bien conformées. Il est étrange que dans ces conditions favorables la population du pays ne se soit pas développée davantage. Il faut l'attribuer à une coutume très vieille de se marier trop jeunes. D'Orbigny dit que, dans ses voyages dans cette partie de l'Amérique, il ne rencontrait pas des hommes de 14 ans et des femmes de 12 qui fussent célibataires. C'est le résultat de la pratique implantée par les jésuites de marier les garçons à 13 ans et les filles à 10. On cite le cas d'un Indien et d'une Indienne veufs qui avaient respectivement 12 et 10 ans.

Le docteur Pizarro, qui a vécu plusieurs années en Bolivie, nous rapporte qu'en général la femme de ce pays a un corps très développé et que le plus souvent sa configuration pelvienne est notable.

Il a observé dans sa longue carrière deux cas seulement de bassin vicié par rachitisme ; l'un provenait des vallées situées au levant de Sucre, région dans laquelle on rencontre quelques spécimens de crétins et de rachitiques.

L'enfant qui naît rachitique atteint difficilement la puberté.

En résumé, les races *aymaras* et *quichuas*, qui sont celles qui constituent la majorité de la population bolivienne ainsi que celles qui habitent les hauts plateaux, n'offrent que par exception quelques cas de rachitisme parmi les femmes.

Chili. — Quelques familles d'Indiens qui habitaient ce pays au moment de la conquête étaient de petite stature, les adultes ne dépassaient pas 1 m. 37 ; l'avant-bras très long, la poitrine large, mais étroite de l'avant à l'arrière ; d'autres,

comme les *Pehuenches*, mesuraient 1 m. 62 ; posture robuste et droite, thorax arqué, cou court, mains et pieds très petits.

Le docteur Puga-Borne dit que les Araucans possédaient des qualités proverbiales ; ils constituaient sans conteste la race américaine la plus parfaite au point de vue physique. Le Chilien actuel provient du croisement de l'Araucan avec les Espagnols qui réalisèrent la conquête, et on peut affirmer qu'il constitue un beau type.

Le docteur Murillo, dans une communication adressée au Congrès médical pan-américain de Washington (1893), se référant à deux cas d'opération césarienne pratiquée au Chili, disait : « C'est un fait parfaitement reconnu que les opérations obstétricales, par suite de grand rétrécissement pelvien, ont été et sont bien rares au Chili, et c'est seulement aujourd'hui qu'on commence à en observer quelques-uns.

« La densité très faible de la population et les facilités de la vie dont nos ancêtres ont joui paraissent expliquer ce phénomène. L'ostéomalacie est inconnue parmi nous, et le rachitisme est une espèce de *rara avis* qui dernièrement a essayé de faire irruption dans notre cadre nosologique. Très rares également ont été les affections vertébrales qui produisent le mal de Pott, altèrent la colonne et occasionnent les bassins cyphotiques et les cypho-scoliotiques. »

L'auteur raconte ensuite deux opérations césariennes pour rachitisme pratiquées par lui à la maternité de Santiago, en 1877 et en 1892.

Nous avons sous les yeux les rapports de la même maternité correspondant aux années 1897 et 1898, rédigés par le docteur Murillo. De ces rapports, il résulte qu'il y a eu, en 1897, 901 accouchements à terme, 71 prématurés et 31 avortements.

Le rétrécissement pelvien s'est constaté 3 fois ; on en triompha probablement par le forceps, puisque aucune opération césarienne ne figure dans la statistique de cette année.

Le mouvement de 1898 donne les chiffres suivants : 841 accouchements à terme, 85 prématurés, 28 avortements.

monde pendant un voyage, se lavent au premier ruisseau qu'elles rencontrent et continuent tranquillement leur route. Ceux qui autrefois ont écrit au sujet des Indiennes, et principalement le jésuite Cobo, dans son *Historia del nuevo mundo* font l'éloge de la bonne conformation des hommes et des femmes indigènes.

« La race noire au Pérou est en général de bassin petit, et on observe quelques cas de rachitisme.

« Les métis de blanc et nègre présentent en général encore moins de bassins rachitiques.

« La race blanche, et particulièrement l'européenne, offre plutôt un nombre plus considérable de bassins rachitiques, sans que ces cas soient fréquents. La race blanche créole fournit également quelques spécimens de rachitisme, mais toujours en petit nombre.

« De la race chinoise et de ses métis, on me dit que les exemples de bassin rachitique ne sont pas rares; mais, en ce qui concerne cette race et ses croisements, il faut être très circonspect. »

Le docteur Lavoreria parle également de la bonne conformation pelvienne, qui est générale dans la race indigène. Il ajoute que les accoucheurs péruviens savent qu'il est très rare de rencontrer parmi les Indiennes un bassin étroit ou mal conformé.

Équateur. — On ne rencontre pas davantage le rachitisme dans ce pays.

Le docteur Samuel Mora nous fournit les indications suivantes : « Il y a trente ans que j'exerce à Guayaquil, et, pendant cette longue période, j'ai eu l'occasion d'observer que la femme de cette ville et de tous les autres centres de population de l'Équateur est très heureuse dans ses accouchements. Très rares sont les cas dans lesquels on réclame l'intervention d'un médecin. Je suis spécialiste en la matière, et mon forceps s'oxyde faute de servir.

« En parlant techniquement, il n'y a pas de dystocie par rétrécissement pelvien. »

Venezuela. — Le docteur Rafael Herrera Vegas nous déclare que pendant le nombre d'années qu'il exerçait dans le pays, ayant une grande pratique, il a pu se rendre compte que le rachitisme y est à peu près inconnu. Il n'a pas eu l'occasion d'observer un seul cas de dystocie provenant de cette cause, ni dans sa clientèle, ni dans celle de ses collègues.

Colombie. — Le rachitisme est extrêmement rare parmi les femmes nées dans ce pays.

A Bogota, à Popayan et à Cali, où le docteur Scarpetta a exercé pendant nombre d'années, il ne l'a observé que rarement. Il y a une misère physiologique qui se modifie parfois avec l'âge, il y a des enfants rachitiques qui meurent avant d'atteindre la puberté.

Les dystocies qu'on observe sont dues à la mauvaise présentation du fœtus, au volume de la tête ; celles qui sont causées par le rétrécissement pelvien sont exceptionnelles.

Centre Amérique. — Les pays qui composent cette région de l'Amérique (Guatemala, Honduras, San Salvador, Nicaragua et Costa Rica) n'ont pas présenté jusqu'à ce jour de cas de rachitisme, d'après les renseignements que nous fournit le docteur Marco A. Soto.

Au Guatemala, d'après le docteur M. Fernandez Padilla, professeur d'obstétrique, le rachitisme chez la femme est très rare, et par conséquent on n'a pu observer son influence sur le développement du bassin.

Au sujet de *San Salvador*, le docteur Émilio Alvarez nous exprime ainsi son opinion : « Le rachitisme est très rare à San Salvador, et je crois qu'il en est de même dans tout le centre Amérique, comme en Colombie et dans la majeure partie des nations de notre continent américain, où l'immigration européenne est peu considérable, et où la race autochtone a conservé ses caractères originaux.

« Les vices de conformation du bassin sont exceptionnellement rares, de telle sorte que les accouchements difficiles pour cette cause ne se présentent que de loin en loin, presque jamais. »

Le docteur Soto ajoute que les observations précédentes concernant le Guatemala et San Salvador s'appliquent absolument au Honduras, au Nicaragua et à Costa Rica.

Mexique. — Après avoir constaté la fréquence des accouchements dystociques, plusieurs accoucheurs se sont livrés à des études sur le bassin de la femme mexicaine. De leurs observations, il résulte que le bassin de la femme de ce pays présente les diamètres suivants :

Détroit supérieur. — Diamètre antéro-postérieur, 10,8 ; oblique, 12 ; transversal, 13 (d'après certains auteurs, 12).

Détroit inférieur. — Antéro-postérieur, 9,5 ; oblique, 10 (d'après certains, 9) ; transversal, 10 (d'après certains, 9,3).

Par suite de la plus grande inclinaison des deux détroits, la pointe du coccyx dans le bassin mexicain est de 2 centimètres à 2 cm. 5 plus élevée que chez l'Européenne. Les plans, et en particulier celui du détroit inférieur, sont fortement inclinés en bas et en arrière, et il résulte que la vulve est presque horizontale et exige absolument l'extension de la partie postérieure du périnée, puisque, mesurant 8 centimètres, il reste seulement un espace de 4 à 6 centimètres de la commissure postérieure à la pointe du coccyx.

Les docteurs Noriega et Gutierrez en tirent les conclusions suivantes :

1° Le bassin des Mexicaines constitue une variété qui est caractérisée par la réduction générale de ses dimensions, d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage du sol périnéal, par la plus grande hauteur de la symphyse pubienne ; par la plus grande inclinaison des plans de l'excavation et des détroits, par la plus petite extension du périnée et par le resserrement et le changement de direction de la vulve.

2° Les conséquences de cette configuration sont les suivantes :

a) Quelques difficultés dans l'accommodation statique (antéversion utérine) ;

b) La façon particulière dont on doit procéder au tact vaginal et à l'application du spéculum ;

c) Certaine tendance à la présentation de la face, surtout durant le mécanisme de l'accouchement ;

3° Le travail est parfois lent, prolongé, pénible par suite des difficultés des mouvements de descente, de la rotation et de l'extension de la tête et des accidents dus à la permanence de cet ovoïde dans le canal ;

4° Les difficultés peuvent être surmontées parfois ; elles exigent dans d'autres cas l'intervention de l'art ;

5° La configuration et les dimensions du sol périnéal et la sortie du bassin exposent souvent à des déchirures périnéales, et il est par suite très important de s'y opposer, en soutenant méthodiquement et constamment le périnée.

Le docteur J. Duque de Estrada, chef de clinique obstétricale, a étudié spécialement le bassin de la femme mexicaine, et il prétend qu'il existe là-bas des viciations pelviennes appartenant dans son opinion au type du développement imparfait ; les unes conservent le type enfantin marqué par leur aplatissement transversal dans le détroit supérieur ; leur forme est infundibuliforme dans l'excavation et leur poids est inférieur au poids normal ; les autres, resserrées d'avant en arrière dans le détroit supérieur (aplaties), ont également peu de poids, et d'autres enfin, avec un raccourcissement des diamètres transversaux *seulement dans la partie inférieure de l'excavation* (les infundibuliformes), mais conservant une certaine régularité dans leur ensemble, et quelques-unes avec un poids moindre. Cette dernière viciation me paraît spéciale à notre pays, puisque je ne l'ai vue décrite dans aucun des ouvrages européens d'obstétrique que j'ai pu consulter.

Chez aucune des femmes dont le bassin forme la collection du docteur Duque de Estrada, il ne se trouve de trace de rachitisme. Jusqu'à présent il n'y a pas d'observation constatant son existence au Mexique, et il croit que les déformations pelviennes constatées sont dues presque exclusivement à un développement imparfait.

Du bassin *aborratada* et *acorazada*, je n'ai pu constater un seul cas, tandis qu'il y en a de nombreux pour les autres.

Le bassin *aborratada* et *acorazada* est très rare au Mexique.

Les resserrements localisés dans le détroit supérieur sont peu fréquents : 1,16 p. 100 ; ceux du détroit inférieur s'observent plus souvent : 13 p. 100, mais dans la clinique particulière cette proportion est moindre.

États-Unis du nord Amérique. — Dans un livre écrit par Dewes et publié à Philadelphie en 1826, cet auteur dit qu'au nord Amérique le rétrécissement pelvien est une rareté.

Les rapports des voyageurs, d'après Siebold, confirment absolument ce fait et attestent unanimement que chez les sauvages l'accouchement est ordinairement facile et heureux.

Thompson Lusk dit la même chose dans le passage suivant : « D'après ma propre expérience, dans les hôpitaux Emergency et Maternity de New-York, on constate de nombreuses déformations pelviennes de différentes variétés parmi les pensionnaires, qui en général sont étrangères. Chez la femme américaine, les difformités pelviennes sont rares. J'ai entendu dire plusieurs fois aux médecins qui visitent la campagne et qui assistent aux cliniques du collège médical de l'hôpital de Buena-Vista, qu'ils n'avaient pas observé un seul rétrécissement du bassin, après nombre d'années de pratique. Il est impossible cependant d'étudier les cas de fistules vésico-vaginales relatés par le docteur T.-A. Emmet sans en tirer cette conclusion que souvent on ne se rend pas compte de l'existence du rétrécissement pelvien. Sans doute, l'immunité des femmes américaines n'est pas assez absolue pour qu'on puisse justifier l'oubli dans lequel est tombée l'étude des déformations du bassin (1). »

D'après le docteur Henry-J. Garrigues, la viciation pelvienne la plus commune à New-York et Boston est le bassin généralement rétréci. Le plat est rare.

---

(1) Guillermo Thompson Lusk, *Science et art des accouchements* seconde édition, page 513.

Le docteur Gourdin de Saussure (Charleston), s'occupant de l'accouchement chez les négresses de la Caroline du Sud, déclare qu'elles accouchent facilement et qu'elles sont mères très jeunes ; elles arrivent à avoir 12 enfants et davantage. Les négresses ont leurs règles plus tôt que les blanches : généralement elles les ont à 13 ans, tandis que les autres les ont de 14 à 18 ans.

Ce résultat est dû à ce que, chez les personnes de couleur, la vie génitale commence plus tôt que chez les autres. Pour elles, la menstruation et la grossesse sont des fonctions qui se réalisent sans difficulté, elles n'y attachent pas d'importance et, quand elles se produisent, elles ne prennent pas la peine de se soigner. La ménopause chez elles se produit très tard ; les blanches cessent d'avoir leurs règles à 40 ans environ, mais il est assez commun de voir les négresses les conserver jusqu'à 50 et 53 ans.

Le docteur Saussure donne, d'après 15 observations, les mesures suivantes du bassin des négresses de la Caroline du Sud :

Largeur entre les épines antéro-supérieures .	26 cm.	7
— dans la partie la plus large du bassin.	29	8
— à travers les trochanters	33	6
Conjugué externe	21	4

Les accouchements sont faciles ; les négresses primipares accouchent en huit ou dix heures. L'éclampsie est l'unique cause de mort pour les femmes enceintes. Aujourd'hui, elle est moins fréquente qu'autrefois.

L'avortement criminel est très commun ; les négresses avortent trois fois plus que les blanches.

Le docteur Charles-S. Shaw, ayant étudié ces questions aux Etats-Unis du nord, dit ce qui suit :

« Le rachitisme ne s'est répandu aux Etats-Unis que depuis quelques années. La cause de cette propagation d'une maladie qu'on ne connaissait guère autrefois dans ce pays, c'est l'augmentation du nombre des immigrés venus des pays

européens où ce mal est très répandu, ainsi que l'envahissement des villes du nord par les nègres américains.

Le mode de répartition géographique du rachitisme est un des traits les plus intéressants de cette maladie. Elle est presque inconnue dans les régions tropicales et constitue une infirmité particulière aux zones septentrionales. Elle a aussi des préférences de race. Kassovitz prétend qu'à Vienne 80 p. 100 des enfants sont rachitiques.

Le rachitisme est aussi très répandu dans l'Italie du nord, en France, en Allemagne, en Russie et en Grande-Bretagne; fait curieux, il est rare parmi les Irlandais. Il est rare aussi en Australie et totalement inconnu en Chine et au Japon. Le nègre américain y est très sujet, on peut dire même que presque chaque enfant nègre des pays septentrionaux est plus ou moins rachitique. Les indigènes africains en sont indemnes.

Ce mode de répartition parmi les races déroute un peu les étiologues. L'opinion générale, et probablement exacte, attribue le rachitisme à une mauvaise nutrition dans le sens le plus étendu du mot. Donc, toute circonstance qui peut nuire à la nutrition peut devenir cause de rachitisme. Il faut ranger parmi ces conditions étiologiques non seulement l'alimentation insuffisante, le mauvais air, les milieux antihygiéniques, mais aussi la faiblesse congénitale et les cachexies, les maladies de l'estomac et des intestins.

Il existe encore une opinion erronée sur la classe sociale à laquelle appartiennent les enfants rachitiques. Cette maladie est moins rare qu'on le suppose chez les riches. La mauvaise nutrition et ses conséquences peuvent se produire dans toutes les classes, surtout dans les grandes villes, particulièrement dans les centres industriels, et occasionnellement chez les enfants suburbains et ruraux. Ichard ne s'explique pas pourquoi les Irlandais en sont exempts, car ni leurs habitudes, ni leur milieu ne peuvent expliquer cette immunité. Il ne comprend pas non plus pourquoi les nègres de l'Amérique du Nord en sont si fréquemment atteints; malgré son manque

d'hygiène, notre frère noir prend toujours soin de son estomac, et il est probablement mieux nourri que la plupart des gens de sa position sociale (1).

Ile de Cuba. — Le rachitisme paraît être peu fréquent à Cuba et, quand on l'observe, c'est dans l'élément nègre.

Le docteur Jorge Le Roy, après 18 ans d'exercice professionnel dans ce pays, s'occupant spécialement des accouchements dans le public, dans son service de l'hôpital de Paula et à la clinique de l'Université, a observé seulement douze bassins rachitiques, le plus grand nombre chez des négresses. La forme la plus commune de viciation est le bassin régulièrement et généralement rétréci et ensuite le bassin aplati.

Presque toujours, on a eu raison avec le forceps de ces viciations.

Le docteur Le Roy, expliquant la rareté de ce phénomène, nous dit : « Comme explication du peu de cas de rachitisme parmi nous, je dois déclarer que les enfants naissant dans ces conditions sont victimes de la tuberculose avant l'âge où ils pourraient concevoir et, par suite, ils sont hors de compte. D'un autre côté, comme ce pays a été très riche jusqu'à ces derniers temps, les femmes ne se voyaient pas tenues à des travaux pénibles susceptibles de déformer leurs bassins. »

(1) Charles-S. Shaw, *Atlanta medical and surgical Journal*, n° 8, octobre 1895.

LES EXOSTOSES DU BASSIN AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

EXOSTOSES OSTÉOGÉNIQUES

Par M. **Constantin Daniel**, interne des hôpitaux,
Répétiteur à la Clinique Baudelocque.

(*Suite et fin.*)

Nous croyons donc, après cette longue étude critique, qu'il faut actuellement éliminer du cadre des exostoses toutes ces grosses tumeurs des os du bassin, les unes bénignes (fibromes, enchondromes), les autres malignes (ostéosarcomes, carcinomes), et n'entendre par ce mot que les exostoses de croissance, se développant parallèlement à l'évolution du squelette, s'arrêtant lorsque celle-ci est finie (Broca), et dont un type des plus purs nous est fourni par le cas que nous avons observé cette année à la Maternité. Il s'agit d'une jeune femme, soignée il y a 12 ans dans le service de Legroux, à Trousseau, qui fut présentée, en juillet 1894, à la Société médicale des hôpitaux. L'existence de saillies multiples des plus caractéristiques sur les os longs des membres et la présence de quelques exostoses à l'intérieur du bassin expliquent la viciation pelvienne qui nécessita la pelvitomie.

La dystocie, causée par l'altération des os du bassin liée aux *exostoses ostéogéniques authentiques*, n'ayant pas encore été signalée à notre connaissance dans la littérature médicale, nous profitons de cette occasion pour relater l'histoire clinique du fait que nous avons observé.

Observation clinique (1). — La nommée T..., âgée de 21 ans, ménagère, est entrée à la Maternité le 20 septembre 1902.

---

(1) Cette observation a été l'objet d'une communication antérieure : Ch. Porak et C. Daniel, Un cas d'exostoses ostéogéniques mul-

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de fièvre typhoïde; sa mère, vivante, est bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, régulièrement, notre malade dit avoir eu à l'âge de 1 an la rougeole et la coqueluche, et, depuis cette époque, elle a toujours été souffreteuse. Cette malade ne présente, ni dans ses antécédents, ni sur elle-même, aucun signe de syphilis héréditaire, soit précoce, soit tardive. De plus, la malade n'est pas rachitique; elle a commencé à marcher de bonne heure et elle n'a pas de stigmates de rachitisme; déformation des tibias, nouûres, etc.

Vers l'âge de 2-3 ans (?) on s'aperçut de l'apparition de saillies dures, osseuses, au niveau des jambes et du tronc; depuis cette époque, elles se sont accrues progressivement sans provoquer aucune douleur.

A l'âge de 9 ans (1890), elle entre à l'hôpital Trousseau, dans le service du docteur Legroux, pour une chorée légère qui fut guérie par l'antipyrine en quelques jours. Elle reste à l'hôpital pendant 4 mois. Le 4 juillet 1890, elle fut présentée par Legroux à la Société médicale des hôpitaux, sous le titre : « Exostoses ostéogéniques ou de croissance multiples (1). »

Voici le résumé de cette observation :

« Cette enfant, qui n'a comme antécédent personnel qu'une rou geole et une coqueluche, lesquelles ont guéri sans laisser traces, et qui n'a aucune tare héréditaire appréciable (syphilis, tuberculose, névropathie, etc.), offre un exemple assez rare de nombreuses exostoses de croissance (il y en a plus de 50), réparties *symétriquement*, surtout sur les os longs et aussi sur quelques os plats. Ces *exostoses* constituent sur les os où elles se sont développées des saillies de volume variable (il en est qui équivalent à de grosses noix et plus, d'autres qui n'ont que la grosseur d'un petit pois, d'un grain de millet); elles sont inégales, rugueuses, formées de pointes plus ou moins mousses reposant sur une base quelquefois assez large. *C'est toujours sur les extrémités épiphysaires des os longs, ou au niveau des symphyses chondro-osseuses, comme sur les côtes,*

---

tiples avec exostoses du bassin ; dystocie ; symphyséotomie. *Comptes rendus de la Société d'obst., de gynéc. et de pædiat. de Paris* (Séance du 6 avril 1903).

(1) Legroux. Exostoses ostéogéniques. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 4 juillet 1890.

ou le long des crêtes, comme sur le bord des os iliaques, qu'on rencontre les plus nombreuses hypertrophies du tissu osseux. »

Voici la manière dont se répartissent ces exostoses, d'après l'étude qu'en a faite M. P. Boulloche, interne du service.



Fig. 1. — Photographie des membres inférieurs d'une femme atteinte d'exostoses ostéogéniques multiples.

« Les *membres* sont particulièrement atteints ; les os du pied sont presque entièrement respectés ; il n'y a qu'une petite exostose à l'extrémité antérieure du cinquième métatarsien gauche.

Mais les extrémités osseuses de la jambe sont augmentées de volume. A gauche, la partie inférieure du tibia mesure plus de 4 centimètres dans le sens transversal ; celle du péroné, qui est aussi hypertrophiée, présente quatre aspérités de 1 centimètre de diamètre environ; de même, à droite, le développement des extrémités inférieures du péroné et du tibia est très exagéré, et, en serrant fortement cet os entre les doigts, on a la sensation de quatre à cinq saillies rugueuses. La portion diaphysaire du péroné et du tibia n'offre, dans sa plus grande étendue, aucune altération, mais au niveau de l'articulation du genou les lésions sont considérables et presque identiques des deux côtés ; à gauche, augmentation énorme de la jambe ; à l'extrémité supérieure du péroné, deux exostoses pointues à 10 centimètres de l'interligne articulaire ; sur le tibia, une grosse exostose ayant les dimensions d'une noix et à côté d'elle une plus petite à 5 centimètres de l'interligne ; au niveau du fémur, on trouve sur le condyle externe et sur le condyle interne, mais un peu plus haut, deux grosses saillies osseuses arrondies. A droite, les lésions sont tout à fait analogues ; l'extrémité supérieure du tibia est épaissie et porte deux ou trois saillies du volume d'un œuf de pigeon ; les saillies du fémur sont plus développées et plus pointues que celles du côté opposé.

« Au niveau du grand trochanter, du corps du fémur, *du pubis et des ischions et sur le reste des os iliaques*, il n'y a rien à signaler, excepté sur la crête de l'os coxal droit, où l'on trouve en arrière, à 5 centimètres de la ligne médiane, une exostose arrondie parfaitement lisse, ayant le volume d'un gros marron. Les vertèbres sont tout à fait respectées, sauf le côté droit de la septième vertèbre dorsale, où l'on rencontre un épaississement du volume d'un fort pois.

« Sur les six dernières *côtes* droites, au point d'union de la portion osseuse et de la portion cartilagineuse, il existe des saillies en forme de clous ; la plus volumineuse, qui a les dimensions d'une noisette, siège sur la septième côte ; sur la troisième, on trouve, à 4 centimètres de la ligne médiane, trois exostoses, une grande et deux petites. — Sur la *clavicule* droite, une toute petite saillie pointue de l'extrémité interne ; à gauche, cette même extrémité porte trois petites saillies ; il y en a une sur l'extrémité externe. Les exostoses costales sont de tous points comparables à celles du

côté opposé; sur la huitième côte, à 10 centimètres de la ligne médiane, se trouve la plus grosse saillie, pointue, soulevant fortement la peau.

« Les *omoplates* ne sont point indemnes; celle de gauche porte sur l'épine une toute petite saillie ; celle de droite en présente une qui est symétrique et en plus une autre à 1 centimètre au-dessus de la pointe, sur le bord interne de l'os. Enfin, en déplaçant les omoplates sur le gril costal, on détermine un bruit de frottement spécial qui semble indiquer la présence d'exostoses à la face antérieure des os.

« Au *membre supérieur* droit, l'humérus, au-dessous de la tête, mesure 6 centimètres d'avant en arrière et porte deux exostoses faisant saillie en arrière surtout. A 4 centimètres au-dessous du bord inférieur du tendon du grand pectoral, il y a une exostose pointue, aplatie dans le sens antéro-postérieur, d'une longueur de 2 centimètres et demi environ. Les os du bras et de l'avant-bras sont tout à fait intacts, sauf au niveau du poignet ; là, le radius et le cubitus épaissis portent quatre à cinq saillies pointues. On en trouve une, toute petite, sur l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien, une sur l'index, à l'union de la première et de la deuxième phalange, et deux autres à la même hauteur sur l'annulaire.

« A gauche, l'humérus porte, au-dessous du pli axillaire, deux saillies de 2 centimètres chacune, dirigées, l'une en avant, l'autre en arrière. Au niveau du poignet, mêmes exostoses que du côté opposé; l'une, radiale, est très saillante en arrière ; — sur le deuxième métacarpien, il en existe une ayant les dimensions de la tête d'un gros clou, et une autre, toute petite, à l'union de la première et de la deuxième phalange du petit doigt.

« Sur les *os du crâne et de la face*, qui sont parfaitement normaux, on ne constate aucune exostose. »

L'auteur finit cette observation en rappelant que ces saillies osseuses se sont accrues progressivement et sans provoquer aucune douleur. Seule, la grande exostose, dit-il, qui siège au niveau de la 8e côte gauche, est un peu sensible à la pression. Legroux, qui a pu réunir une quarantaine de cas, fait suivre sa communication de quelques considérations générales, pathogéniques et étiologiques concernant les exostoses ostéogéniques.

Grossesse actuelle. — I-pare. Les dernières règles datent du 1

au 20 mars. L'âge de la grossesse au moment de l'accouchement est de 8 mois environ.

Pendant sa grossesse, cette femme n'a rien présenté de pathologique. Elle vient consulter, à plusieurs reprises, à la Maternité, pendant les 7e et 8e mois. Le 23 novembre, la nommée T... est admise à la salle Désormeaux.

a) *Examen du squelette.* — Taille = 1 m. 50. A l'inspection de la malade, on est frappé par la multitude de saillies qu'offre le squelette (fig. 1). Ces exostoses existent surtout sur les os longs des membres et aussi sur quelques os plats ; elles constituent sur les os où elles se sont développées des saillies visibles à la vue, de volume variable, depuis une noisette à une grosse noix. Par la palpation des parties malades, on constate qu'elles sont compactes, dures, inégales, faisant corps avec l'os, où elles s'insèrent par une base assez large ; au niveau des genoux, on sent que quelques-unes de ces exostoses sont pédiculées, s'éloignant de 4 à 5 centimètres de leur insertion ; ce fait pourrait faire croire que la tumeur s'attache sur la diaphyse de l'os, tandis qu'en réalité son origine initiale est épiphysaire.

Sur la radiographie des membres inférieurs que nous reproduisons ici, on voit très nettement ce détail (fig. 2). Dans l'observation de cette femme, prise en 1890 par Legroux, alors que la radiographie n'était pas connue, on voit que cet auteur avait remarqué le même fait, à savoir que ces exostoses, tout en se montrant uniquement aux points où se soudent les extrémités constituantes d'un os plat, ou bien au niveau des épiphyses où se fait l'accroissement en longueur, peuvent exister en certains points très éloignés de l'extrémité épiphysaire. Cet auteur fait remarquer que : « cela tient à ce que l'exostose, qui s'est probablement formée de très bonne heure, a dû se montrer sur la face du cartilage d'ossification qui regardait la diaphyse : c'est donc vers celle-ci qu'au fur et à mesure de l'allongement de l'os elle a été repoussée, au point de paraître être née sur elle. » C'est aussi l'avis de Poncet ; c'est le plus habituellement, dit-il, à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse que les exostoses prennent naissance, mais leur siège peut être modifié par la croissance de l'os. « Si le point d'implantation est entre le cartilage de conjugaison et l'extrémité articulaire, elles restent là pendant toute la vie. Si elles ont nées, au contraire, du côté du corps de l'os, dans la portion

juxta-épiphysaire, l'accroissement les repousse de plus en plus loin, et on peut alors les trouver à quelques années de leur début en pleine diaphyse. »

Au nombre de 40 à 50, ces exostoses, sauf quelques-unes, sont réparties symétriquement à droite et à gauche sur les os longs des membres ; cette disposition est surtout frappante au niveau des genoux, ainsi qu'on peut le voir sur les figures ci-jointes. On en trouve sur le tronc (clavicule, omoplate, côtes) et sur les os iliaques ; les os du crâne et de la face sont parfaitement normaux. Quant à la répartition de ces exostoses, elle nous semble répondre à celle donnée par M. Boulloche, dans l'observation de Legroux, que nous venons de rappeler.

Nous compléterons enfin la description du squelette de notre malade, en ajoutant les différentes exostoses et viciations que cette dysostose a produites du côté du pelvis.

b) *Examen du bassin.* — Mensuration extérieure du bassin :

Diamètre bi-épineux, 25 centimètres.

Diamètre bi-crête, 28 centimètres.

Diamètre bi-trochantérien, 29 centimètres et demi.

Extérieurement, les os du bassin, le pubis, les ischions, le reste des os iliaques ne présentent pas d'exostoses visibles ; la crête iliaque droite est le siège, vers son milieu, d'une saillie osseuse ayant les dimensions d'une grosse noix.

L'exploration de la surface intérieure du bassin permet de reconnaître que les différents os de l'excavation pelvienne sont altérés ; les branches horizontales et descendantes des pubis sont beaucoup plus épaisses que sur le bassin normal ; leur surface est rugueuse et irrégulière. Le fait le plus important de cette exploration, c'est *l'existence de nombreuses exostoses faisant saillie à l'intérieur de l'excavation.* Le promontoire est facilement accessible : diamètre promonto-sous-pubien, 10,2. Le sacrum est presque plan à sa face antérieure, et les lignes transversales, indices de la soudure des vertèbres sacrées, sont très marquées. Les gouttières sacro-iliaques sont peu profondes. Au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, on trouve immédiatement au-dessous de la ligne innominée une saillie dure, grosse comme une noix verte, aplatie, s'insérant par une base très large sur les surfaces osseuses ; à gauche, dans une position symétrique, le doigt constate quelques petites saillies irrégulières. Au niveau de l'éminence iléo-pectinée

droite, il y a une exostose du volume d'une grosse amande ; à gauche, on en sent deux autres, plus petites, du volume d'une noisette chacune. Sur la branche descendante du pubis droit, il existe une volumineuse exostose, de la grosseur d'une noix, occupant le milieu de la branche ischio-pubienne ; à gauche, on constate un simple épaississement de l'os à ce niveau. Enfin, au-dessus de l'épine sciatique droite, il existe un chapelet d'exostoses (cinq), qui répondent à la surface quadrilatère de l'os iliaque située en dedans de la cotyloïde ; à gauche, on sent une simple surface rugueuse. Comme nous le voyons, le côté droit est plus développé que l'opposé. Ce fait est d'ailleurs connu. Soulier dans sa thèse fait remarquer que : « lorsque les exostoses sont symétriques, ordinairement, il y a un côté où elles sont toutes plus volumineuses que du côté opposé ». Quant à leur répartition, il semble que ces productions pathologiques se soient développées *au niveau de zones de soudure des trois pièces constituantes de l'os coxal : l'ilion en haut, le pubis en avant, l'ischion en bas.*

c) *Examen et observation obstétricaux.* — Hauteur utérine, 29 centimètres. L'extrémité céphalique du fœtus, en bas, déborde le pubis ; dos à droite. Bruits du cœur : bons. *Le travail* s'est déclaré le 20 novembre 1902, à 6 heures du soir ; les contractions utérines sont lentes et très espacées. Cette femme fut transportée à la salle de travail le 21 novembre, à 6 heures du soir. A son arrivée, on trouve le pôle céphalique en bas, mobile, le dos à droite, les bruits du cœur sont bons, à droite ; la dilatation de l'orifice utérin est égale à une pièce de 50 centimes, et la poche des eaux, intacte, volumineuse, fait saillie à chaque contraction.

22 *novembre.* — A 2 heures du matin, introduction dans la cavité utérine, au-dessous des membranes, d'un ballon Champetier de Ribes, de 30 centimètres de circonférence. A partir de ce moment la dilatation progresse rapidement. Une élève inexpérimentée, ayant exercé des tractions continues sur le ballon, ce dernier est expulsé 2 heures et demie après son introduction.

Au bout de 1 heure, l'orifice utérin revient sur lui-même. A 8 h. 35 du matin, la poche des eaux se rompt et la tête vient appuyer sur l'orifice utérin dilaté comme une petite paume de main. La tête, peu fléchie, est en transversale, inclinée sur son pariétal postérieur. La suture sagittale est très près du pubis. La tête, très ossifiée, est arrêtée au détroit supérieur, et l'on sent en

A 10 heures, M. Porak décide de pratiquer la symphyséotomie et de laisser l'accouchement se faire spontanément.

Symphyséotomie. — La section de la symphyse est exécutée à 10 h. 45 du matin ; la plaie est bourrée de gaze iodoformée ; les téguments sont suturés provisoirement.

Les contractions, espacées immédiatement après la chloroformisation, deviennent plus régulières, et à 1 heure du soir la dilatation est complète ; la tête descend progressivement dans l'excavation pelvienne.

La parturiente pousse régulièrement, et le sommet apparaît à la vulve, présentant une légère bosse séro-sanguine.

L'expulsion du fœtus a lieu à 1 h. 55 du soir ; le dégagement se fait en OP. La durée de la période d'expulsion est de 55 minutes. La durée totale du travail est de 54 heures.

L'enfant, de sexe masculin, pesant 2.450 grammes, né étonné, est ranimé à l'aide d'un bain chaud et de quelques frictions.

Diamètres de la tête : OF = 11 cm. 5 ; OM = 13 centimètres ; BiP = 8 cm. 5 ; BiT = 7 cm. 6 ; SOBr = 9 cm. 5.

Délivrance naturelle, 25 minutes après l'expulsion.

Annexes. — Le placenta normal pèse : 380 grammes. Les membranes sont complètes ; le cordon est de 38 centimètres.

Suture. Pansement. — La plaie symphysienne est nettoyée ; on suture définitivement les téguments, sans mettre de points sur les trousseaux fibreux pré-symphysiens.

Drainage. Pansement. Injection de 500 grammes de sérum salin.

Suites opératoires et suites de couches. — Excellentes. La température oscille entre 37° et 37°,6. Le pouls oscille autour de 100. Les points de suture sont enlevés le 11e jour.

La malade se lève le 25e jour ; la marche n'offre rien d'anormal. La malade a quitté l'hôpital le 36e jour, en pleine santé.

L'enfant est nourri au sein maternel. Poids à la naissance : 2.450 grammes ; il augmente progressivement, atteint le 10e jour son poids de naissance et, à la sortie de la femme, il pesait 3.100 grammes.

Examen radiographique. — L'examen radiographique des *membres* confirme les constatations cliniques. Ainsi qu'on peut le voir sur la figure 2, il existe de nombreuses exostoses autour du

Fig. 2. — Radiographie des membres inférieurs d'une femme atteinte d'exostoses ostéogéniques multiples (vue de dos).

B, membre droit ; — A, membre gauche.

genou, plus ou moins complètement calcifiées, les unes implantées par une base large, les autres pédiculées.



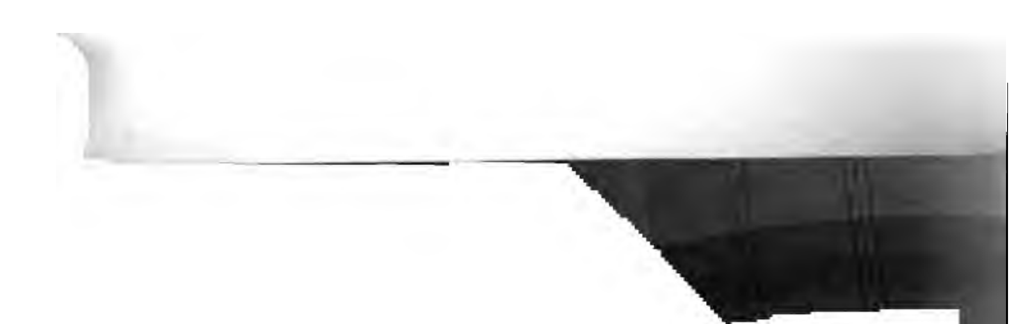
L'extrémité inférieure du fémur gauche présente en dehors une petite exostose, et en dedans une autre, en un point symétrique, un peu plus volumineuse. L'extrémité supérieure du tibia gauche donne implantation à sa face interne à une exostose pédiculée ; la tête du péroné et la partie correspondante du tibia sont englobées en une masse osseuse saillante en arrière. A l'extrémité inférieur des os de la jambe, une volumineuse exostose se détache de la partie interne du péroné et passe au-devant du tibia.

A droite, il semble que les tumeurs osseuses soient plus développées : l'extrémité inférieure du fémur offre en dedans une énorme exostose, irrégulière, mamelonnée, qui fait une saillie considérable sous les parties molles. En dehors, on voit d'autres saillies exostosiques. L'extrémité supérieure des os de la jambe offre des altérations très accentuées : à la partie interne du tibia il y a une grosse exostose pédiculée et symétrique à celle du côté opposé ; la partie externe de la tête du péroné est le siège d'implantation d'une très volumineuse tumeur insérée par une large base. Entre les deux os, enfin, il existe une masse osseuse, partant du péroné et allant au-devant du tibia. A l'extrémité inférieure des os de la jambe, on voit partir du péroné une exostose assez volumineuse s'avançant vers le tibia.

La déformation si marquée des os de la cuisse et de la jambe nous permet de prévoir qu'elle sera l'altération du bassin et des os iliaques en particulier, qui, au point de vue anatomique et physiologique, ne sont que des segments des membres pelviens.

L'examen radiographique du *bassin* a d'abord été pratiqué pendant le 8e mois de la grossesse, par la méthode de Varnier (radiopelvigraphie à longue portée) ; malheureusement, la présence de la tête fœtale au détroit supérieur a rendu les épreuves inutilisables.

L'examen radiopelvimétrique ultérieurement pratiqué par M. Contremoulins, suivant la méthode *métroradiographique* a permis de reconnaître que la forme générale de l'excavation pelvienne et du détroit supérieur en particulier est profondément altérée. A cause de la perméabilité relative par les rayons X de certaines exostoses dont la calcification n'était pas complète, il n'a pas été possible de déterminer d'une façon rigoureuse le siège exact de chaque exostose, mais la forme générale de l'excavation pelvienne au niveau du diamètre promonto-pubien minimum a été



reconstituée dans l'espace, et relevée à l'aide du compas métrique, qui a permis en outre de faire les mensurations voulues.

A l'aide de cette méthode, nous avons constaté que le diamètre promonto-pubien minimum est de 8,5, le diamètre transversal de l'excavation mesurant 13 centimètres.

*
* *

L'existence de nombreux ostéomes répartis symétriquement sur les os longs des membres et aussi sur quelques os plats, de même que sur les os du bassin, constitue le grand caractère anatomo-clinique des exostoses ostéogéniques. Comme c'est presque toujours la règle, les os du crâne et de la face sont complètement respectés. Dans notre observation, qui est un des plus beaux types, les tumeurs osseuses constituent, sur les os où elles sont implantées, des saillies de volume variable, depuis un petit pois à une grosse noix verte et plus ; elles sont inégales, rugueuses, faisant corps avec l'os. Sessiles et s'implantant par une base très large, tantôt elles sont peu saillantes, tantôt, au contraire, ces tumeurs poussent des prolongements dans les zones voisines, prolongements qui arrivent au niveau de la diaphyse et en imposent pour des exostoses de la partie moyenne de l'os (1). Ces différents détails peuvent, grâce à la radiographie, être très bien étudiés sur le vivant, ainsi qu'on peut le voir sur notre épreuve. Quant à leur répartition générale, ainsi qu'il a été dit dans l'observation, ces productions osseuses se développent toujours sur les *régions épiphysaires* des os longs, au niveau des *symphyses chondro-osseuses*, et enfin aux points d'union des différents segments des os plats, os iliaque, etc. Cette répartition des ostéomes sur le squelette s'explique fort bien par la pathogénie même de cette dysostose. Ainsi que l'a dit Broca, la production de ces tumeurs est intimement liée au développe-

(1) Dans le *Traité de chirurgie* de Duplay-Reclus, on voit à l'article Exostoses (t. II) la reproduction du squelette d'un cas analogue, appartenant à la Faculté de Lyon, où ces détails sont des plus typiques.

ment du squelette. Si un point du cartilage de conjugaison engendre plus de tissu osseux qu'il n'est nécessaire pour la croissance de l'os, il se formera en ce point une exostose de développement. Virchow admet une théorie très voisine de celle de Broca. D'après lui, par suite d'une irritation qui atteint la surface du cartilage de conjugaison à une époque relativement peu avancée de la vie, il se produit une végétation latérale insolite partant de ce cartilage ; cette végétation, d'abord cartilagineuse, s'ossifie ultérieurement. Ces exostoses se voient, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sur les os longs et sur les os plats ; mais elles se montrent uniquement au niveau des épiphyses, là où se fait l'accroissement des os en longueur, et *aux points où se soudent les portions constituantes d'un os plat.* C'est ainsi que, dans notre cas, il y avait au niveau du bassin des saillies osseuses, symétriques, répondant à peu près aux points où se réunissent primitivement les trois segments constituants de chaque os iliaque. On sait, en effet, que l'os coxal se développe par trois points primitifs, que viennent compléter plus tard des points secondaires. Des trois points primitifs, le *point iliaque*, destiné à l'ilion, apparaît le premier (du 45e au 50e jour de vie intra-utérine), le *point ischiatique*, destiné à l'ischion, vient ensuite (vers la fin du 3e mois), enfin le *point pubien* (vers la fin du 4e mois). Ces trois centres d'ossification de l'os coxal se développent rapidement, n'étant plus séparés que par des travées cartilagineuses, *véritables cartilages de conjugaison.* A la naissance, la cavité cotyloïde est envahie par les points osseux, et les 3 pièces principales de l'os coxal ne sont plus séparées que par 3 branches cartilagineuses formant l'*étoile cotyloïdienne*, avec un rayon antérieur ou ilio-pubien, un rayon inférieur ou ischio-pubien, un rayon postérieur ou ilio-ischiatique. La soudure définitive des différentes pièces osseuses de l'os iliaque se fait assez tard après la naissance : le pubis et l'ischion se réunissent l'un à l'autre de 10 à 12 ans ; l'ischion se soude à l'ilion de 12 à 13 ans ; le pubis et l'ilion, enfin, s'unissent ensemble de 15 à 16 ans. Quant aux points complémentaires,

variables en nombre, 8 à 9 ordinairement, ils se montrent entre 12 et 20 ans, et contribuent à former les différentes apophyses et angles de l'os iliaque ; leur réunion aux points primitifs se fait entre 15 et 20 ans, à l'exception de la crête iliaque, qui ne perd son indépendance que de 24 à 25 ans (Testut). On voit, d'après cet exposé embryologique, que les maladies du tissu osseux peuvent être divisées en deux grandes classes : *maladies survenant pendant la croissance* (qui s'étend depuis la naissance jusqu'à l'âge de 25 ans environ), et *après la croissance*, c'est-à-dire avant et après la soudure des épiphyses et des centres d'ossification des os plats. On comprend ainsi, comment, par suite d'un trouble dans le développement du squelette, d'une exagération du travail d'ossification (Poncet), le cartilage de conjugaison des os longs ou les travées cartilagineuses qui séparent primitivement les différentes parties des os larges, en s'hypertrophiant, produisent d'abord une exostose petite, cartilagineuse, puis, lorsque l'exostose devient ancienne, la masse cartilagineuse primitive s'ossifie. L'exostose passe par tous les états qui caractérisent l'ossification physiologique, et on y trouve toutes les variétés de tissu osseux. Une fois constituée, l'exostose a la même **structure** que le tissu osseux : en allant de l'extérieur à l'intérieur, on y rencontre du périoste, une couche cartilagineuse, et au centre, de l'os sous différentes formes. Quand les exostoses sont petites, elles peuvent consister simplement en une substance osseuse compacte, rappelant la couche corticale de l'os ; lorsqu'elles acquièrent un certain volume, elles deviennent spongieuses à leur intérieur.

L'**étiologie** des exostoses ostéogéniques est encore obscure. On a successivement invoqué le rachitisme, la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme, parmi les causes capables de provoquer cette maladie. L'infection par le bacille de Koch, soit chez le malade lui-même, soit chez ses ascendants directs ou collatéraux, a été notée assez souvent. Lejars (1), Brun (2),

(1) F. Lejars, Les exostoses de croissance simples ou multiples. *Leçons de chirurgie de la Pitié* (1893-94).

(2) Brun, Thèse de Paris, 1892.

cas, peut être ou non intéressé. Sur 26 observations recueillies par Soulier, le bassin, chez l'homme ou chez la femme, était altéré 5 fois, soit 19,23 p. 100. Chez la femme vierge, le toucher rectal peut être utile, mais c'est surtout *l'examen radiographique* qui permettra d'une façon précise de reconnaître la déformation du bassin et d'en mesurer les dimensions. Ce diagnostic fait, on pourra formuler le pronostic, qui se confond en partie avec celui des autres altérations du squelette, et particulièrement avec le rachitisme accompagné de rétrécissement du bassin ; c'est ainsi que, chez la jeune fille, suivant les cas, on autorisera ou on défendra le mariage, chez la femme enceinte, on présumera la dystocie possible.

Mais si le **diagnostic** des exostoses ostéogéniques est facile, lorsque les lésions sont multiples, il devient, au contraire, difficile lorsque les exostoses sont *solitaires*, localisées sur les os du bassin ; et, dans ce cas, uniques ou multiples, elles ne seront reconnues le plus souvent qu'à l'occasion du toucher ou pendant le travail. Et c'est surtout dans ces formes localisées au bassin que le diagnostic doit être fait avec les autres formations osseuses du pelvis. 1° *Les épines osseuses du bassin* se rencontrent principalement sur les bassins rachitiques, et Kilian a fait une étude spéciale de ces « bassins épineux ». Les saillies osseuses, atteignant tout au plus 1 centimètre de longueur, siègent de préférence sur le pourtour du détroit supérieur (crête du pubis, éminence ilio-pectinée, promontoire, fosse iliaque interne). Des observations typiques de ces bassins ont été publiées par Cody (1), par Léopold (2), Neugebauer (3) ;

(1) Cody (*The Lancet*, 1878) relate un cas d'opération césarienne nécessitée par l'existence d'exostoses multiples le long de la face interne des branches pubiennes.

(2) Léopold, *Archiv für Gynæk.*, 1872, t. IV, p. 336) a observé un cas où une épine partait de la fosse iliaque interne et mesurait 8 centimètres.

(3) Neugebauer, Akanthopelvis. Analysé *in Jahresberichtheitung u. Forschritt*, etc., 1892, t. II, p. 628.

2°) *Les fractures du bassin* peuvent donner lieu à des déformations du bassin, dont on doit distinguer deux variétés : *a*) *la consolidation vicieuse* avec déformation consécutive des os sans qu'il y ait tumeur; *b*) la formation de *cal difforme* au niveau du trait de fracture, prenant des dimensions plus ou moins grandes et proéminant dans le bassin;

3°) *Les ostéites hypertrophiques*, avec des îlots ostéophytiques à surface irrégulière, ont un relief ne dépassant guère 1-2 millimètres. On a cependant vu, disent Tarnier et Budin, les ostéophytes liés à une coxalgie atteindre un volume considérable et déterminer une véritable obstruction du bassin;

4°) *L'ossification des cartilages*, que Vaille, dans sa thèse, considère à tort comme des exostoses, est due à une production osseuse siégeant de préférence au promontoire. Un spécimen de ces tumeurs est figuré, sous le nom d'exostose, à la page 340, figure 129, du *Traité de l'Art des accouchements* de TARNIER-BUDIN, t. III (1). On en trouve aussi au niveau des articulations sacro-iliaques, de même que derrière la symphyse pubienne;

5°) *Les saillies exagérées de l'articulation sacro-vertébrale* dans les bassins rétrécis ont été plus d'une fois prises, d'après Nægelé, pour des exostoses ayant causé la dystocie;

6°) *Les tumeurs malignes des os du bassin* (ostéo-sarcome, cancer, enchondrome) seront différenciées des exostoses par leur volume considérable, par leur possibilité de s'accroître rapidement et par l'altération de l'état général de la malade.

Toutes ces causes seront éloignées, si l'on se rappelle que les principaux caractères des exostoses ostéogéniques sont : 1° le début pendant l'enfance; 2° leur développement lent; 3° l'évolution parallèle au développement du squelette; 4° le siège juxta-épiphysaire, de préférence sur les cartilages de

---

(1) Ces tumeurs sont traitées en détail dans le travail de NEUGEBAUER : Beitrag zur Lehre vom Exostosenbecken speciell der Aetiologie und Genese der Promontorialexostosen, etc. *Zeitschr. f. Gebutsh. u. Gynäk.*, Stuttg, 1893, t. XXVI, p. 373.

conjugaison des os; 5° leur symétrie; 6° l'indolence; 7° leur petit volume habituel, etc.

La connaissance des points précis où siègent les exostoses est de la plus haute importance pour le pronostic à porter sur la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles. On comprend bien qu'à volume égal une exostose placée au détroit supérieur ou dans l'excavation apportera un plus grand obstacle à l'expulsion du fœtus qu'une tumeur du détroit inférieur. Il faut ajouter aussi que les exostoses du bassin seront d'autant plus une cause de dystocie qu'elles se trouveront placées dans un petit diamètre du bassin.

Quant au pronostic des tumeurs en elles-mêmes, il est bénin, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elles se développent parallèlement à l'accroissement du squelette et s'arrêtent lorsque celui-ci est accompli.

L'influence de la puerpéralité sur l'évolution des ostéomes ostéogéniques est absolument nulle, et ce fait permet encore de rejeter du cadre des exostoses vraies différentes tumeurs décrites par certains auteurs comme étant des exostoses, tumeurs ayant continué à évoluer après l'accouchement.

Au contraire, l'influence de ces tumeurs sur la puerpéralité est variable avec leur volume et surtout avec leur siège (1), car elles peuvent être le point de départ d'un ensemble d'accidents pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches. Pendant la grossesse, leur siège au détroit supérieur et leur volume mettent obstacle à l'engagement, favorisent les mauvaises présentations et surtout les procidences. Pendant le travail, elles mettent obstacle à l'accouchement, et le pronostic sera d'autant plus défavorable que les exostoses occuperont un diamètre plus petit. Dans notre observation, aucune

(1) On sait qu'au niveau du promontoire ou derrière la symphyse pubienne, il suffira d'une saillie de 1 et demi à 2 centimètres pour empêcher le passage de la tête à terme, et qu'au contraire les tumeurs qui ne siègent que sur les parties latérales de l'excavation opposent moins d'obstacle à l'accouchement.

exostose n'occupait le diamètre antéro-postérieur du bassin; leur siège sur les parties latérales de l'excavation, parties plus larges et plus dépressibles, expliquent l'effet favorable qu'a produit la symphyséotomie en agrandissant les dimensions de l'excavation pelvienne. Dans les suites de couches, enfin, elles agissent indirectement en rendant celles-ci pathologiques par le seul fait que leur présence a rendu l'accouchement dystocique.

Ajoutons enfin que la tête fœtale, au moment de son passage, peut garder les empreintes de ces saillies : eschares du cuir chevelu, dépression de la voûte cranienne.

La conduite à tenir dans les bassins à exostoses, faisant obstacle à l'accouchement, se confond presque avec le traitement des autres rétrécissements du bassin; le moyen thérapeutique ne sera choisi qu'après un examen clinique approfondi confirmé par le contrôle radiographique. On comprend bien que ces productions osseuses, variables comme siège et comme volume, déformeront le bassin d'une façon atypique, la déformation étant variable elle-même dans chaque cas, d'où la nécessité absolue de soumettre la malade à la radiographie métrique.

Il n'y aura aucune intervention spéciale pendant la grossesse : il faut laisser celle-ci suivre son cours. En nous inspirant de l'enseignement du professeur Pinard, nous rejetons d'une façon formelle toute intervention ayant pour but l'interruption de la grossesse. Lorsque la femme entrera en travail, 3 cas peuvent se présenter :

1° Le rétrécissement est *très peu marqué*, l'accouchement spontané semble possible (1);

2° Le rétrécissement est *assez marqué*, l'accouchement spontané est supposé impossible ;

---

(1) En effet, dans ces bassins irrégulièrement viciés, on ne peut pas distinguer nettement des degrés dans le rétrécissement, ni surtout exprimer ces degrés en chiffres.

3° Le rétrécissement est *très marqué*, l'accouchement spontané est impossible.

Dans le premier cas, il faut surveiller la femme et attendre la dilatation complète; s'il y a eu rupture prématurée ou précoce des membranes, introduire un ballon Champetier de Ribes, qui complétera la dilatation et empêchera l'écoulement du liquide amniotique. Si la tête fœtale n'est pas fléchie, si elle n'a aucune tendance à se fixer et à s'engager, pratiquer de suite la symphyséotomie.

Dans le deuxième cas, dès que la femme entrera en travail, introduire le ballon et pratiquer, après son expulsion, la *symphyséotomie.*

Dans le troisième cas, surveiller la femme de près et, dès qu'elle aura les premières douleurs, pratiquer *l'hystérotomie*, suivie ou non d'hystérectomie (Porro), suivant que l'œuf est ouvert ou que la poche des eaux est intacte.

Si, enfin, il s'agit d'enfant mort, l'on pratiquera l'embryotomie, les exostoses ostéogéniques du bassin n'ayant jamais des dimensions assez considérables pour empêcher l'extraction de l'enfant mort par les voies naturelles.

Conclusions.

De cette étude, nous pouvons conclure que :

1° Par exostoses du bassin l'on ne doit entendre que les exostoses ostéogéniques, ou exostoses de croissance, qui seules, depuis Dupuytren et Broca, doivent porter ce nom. Qu'il faut éliminer complètement du groupe des exostoses du bassin les autres productions pathologiques : inflammatoires, trophiques ou néoplasiques. Quant à ces énormes tumeurs figurées dans la plupart des classiques, très nombreuses avant l'ère anatomo-pathologique, devenues exceptionnelles à mesure que les ostéosarcomes étaient observés plus fréquemment, elles doivent être complètement rayées du cadre des exostoses du bassin.

2° Les vraies exostoses siègent aux points où se soudent

les trois portions constituantes de chaque os iliaque, ilion, pubis et ischion, de même qu'au niveau de l'union de leurs points d'ossification primitifs et complémentaires.

3° Ces exostoses apparaissent pendant la période de développement du squelette, suivent une marche parallèle à la croissance de l'os et restent stationnaires lorsque l'évolution du squelette est terminée.

4° Le diagnostic des exostoses du bassin, facile lorsque les lésions sont multiples, devient plus difficile lorsqu'il s'agit d'exostoses solitaires, localisées sur les os du bassin, les os des membres étant respectés. C'est dans ces cas que leur siège spécial, au niveau des travées cartilagineuses unissant primitivement les points d'ossification des os coxaux, les commémoratifs, l'examen général, permettront d'éliminer les épines osseuses du bassin, les ostéites hypertrophiques, les fractures du bassin, l'ossification des cartilages, les saillies exagérées du promontoire, les tumeurs malignes des os du bassin, etc.

5° Le diagnostic clinique et étiologique sera enfin complété par l'examen radiographique qui permettra d'étudier la forme du bassin et d'en mesurer les diamètres. C'est le diagnostic radiopelvimétrique qui autorisera jusqu'à un certain point d'établir le pronostic et de poser les indications thérapeutiques : l'accouchement pouvant se faire spontanément, ou nécessitant une intervention sanglante, pelvitomie ou opération césarienne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 11 mai 1903.

P. Rudaux. — **Mort du fœtus pendant la grossesse par brièveté accidentelle du cordon (avec présentation de pièces).** — La *brièveté accidentelle* du cordon peut déterminer la mort du fœtus de deux façons différentes, tantôt en amenant un décollement prématuré du placenta, tantôt en produisant un véritable étranglement du cou du fœtus. C'est à cette dernière cause que M. Rudaux rattache la mort du fœtus dans deux observations qu'il rapporte.

M. Mauclaire. — **Ablation d'une volumineuse hydronéphrose chez un enfant de 2 ans et demi. Guérison.** — M. R..., garçon, âgé de 2 ans et demi, est conduit à l'hôpital des Enfants-Malades, le 26 juillet 1902, à cause de l'augmentation de volume énorme de son ventre. La mère est bien portante ; le père a des adénites tuberculeuses depuis longtemps. M. R... a été nourri au sein. Dès l'âge d'un an on s'est aperçu que le ventre est un peu volumineux. Depuis quelques mois, l'augmentation de volume est très marquée, l'appétit est médiocre ; depuis quelques semaines, l'enfant a fréquemment des vomissements alimentaires et bilieux.

Le ventre est asymétrique, il est très volumineux, surtout à droite. Au niveau de la région épigastrique les veines sous-cutanées sont très dilatées.

A la palpation, on sent une tumeur occupant toute la région de l'hypochondre droit, repoussant le foie en haut ; elle refoule en dehors la partie inférieure du thorax à droite ; elle occupe la région hypogastrique et dépasse la ligne médiane d'un bon travers de main. La tumeur est lisse, elle est composée de plusieurs lobes ; elle contient des parties fluctuantes en avant et des parties dures

en haut et en arrière. Par le palper bimanuel, il n'y a pas de ballotement rénal, et la tumeur ne peut être déplacée en aucun sens. L'espace costo-iliaque lombaire n'est pas dépressible.

A la percussion, la tumeur donne un son mat dans toute son étendue. La matité se continue avec celle du foie. La région épigastrique et le flanc gauche sont sonores. Il y a une zone de sonorité entre la tumeur et la rate.

L'examen des viscères ne présente aucune altération. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Malheureusement, leur qualité et leur quantité n'ont pas été précisées avant l'intervention. L'état général est bon. Pas de fièvre.

L'existence des parties dures rendit le diagnostic hésitant. Bien que la tumeur fût plutôt latérale droite que médiane, nous pensâmes soit à un kyste mésentérique, soit à une tumeur rénale kystique.

Laparotomie le 9 août. — Il s'agit d'une tumeur rénale. Elle paraît facilement énucléable. Ponction : il sort environ 1 litre et demi d'un liquide séreux jaunâtre, sans odeur urineuse. Les parties dures sont représentées par la coque rénale. Quelques grosses veines dilatées se voient dans le tissu cellulaire qui entoure celle-ci. Deux pinces et deux ligatures à la soie sont placées sur le pédicule, qui est sectionné au thermocautère dans la crainte qu'il ne soit septique. Il y a très peu d'hémorragie. La fosse lombaire est tamponnée avec un drainage à la Mickulicz. Les suites de l'opération furent presque régulières. Il y eut peu de shock opératoire.

Il y eut pendant 5 jours après l'intervention une hématurie, probablement par congestion réflexe du rein conservé, et progressivement ce rein unique a éliminé les excreta en quantité et en qualité presque normales.

Il est très probable qu'il s'agit d'une hydronéphrose congénitale par malformation urétérale, mais il est difficile de préciser à quelle malformation se rattacherait l'hydronéphrose.

Enfin il est très probable que le contenu de cette hydronéphrose était aseptique.

M. Pinard. — **Le col utérin dans la grossesse ectopique.** — A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance et de la relation de plusieurs cas de grossesse extra-utérine opérés

par M. Témoin, M. Pinard remarque une fois de plus que les modifications du col utérin dans la grossesse ectopique sont mal connues ou mal interprétées. Dans presque toutes les observations de grossesse ectopique, on lit : *col petit, dur, non ramolli.* Ces mots consacrent une erreur : chaque fois qu'il y a grossesse, qu'elle soit utérine ou extra-utérine, le col est ramolli ; mais ce ramollissement diminue lorsque l'œuf cesse de se développer. On est parfois appelé à diagnostiquer la grossesse ectopique lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps. Dans ces cas, en effet, le col est dur et n'est plus ramolli. La femme n'est plus en état de grossesse, puisque le fœtus a cessé de se développer : elle porte un kyste fœtal. Si, au contraire, le fœtus est vivant, dans la grossesse extra-utérine comme dans la grossesse utérine, le col est ramolli. Le fait est si vrai que, dans certaines grossesses extra-utérines menées à terme, le ramollissement du col peut être tel qu'il a pu faire hésiter des accoucheurs expérimentés sur l'existence réelle de la grossesse extra-utérine.

ALBERT MARTIN (de Rouen). — **Rétroversion d'utérus gravide. Réduction après laparotomie. Continuation de la grossesse.** — Plusieurs observations de laparotomie pour réduction d'utérus gravide rétroversé ou rétrofléchi ont été publiées dans ces dernières années. Si je me permets de vous en apporter une observation inédite, c'est en raison des difficultés que j'ai rencontrées et de la tolérance toute particulière de l'utérus gravide de mon opérée, dont voici l'histoire clinique :

Cette dame vient me consulter avec son médecin habituel le 30 septembre 1902.

C'est une multipare de 46 ans, dont les grossesses et accouchements, au nombre de 5, se sont bien passés. Tous ses enfants sont d'ailleurs vivants ; le dernier-né a déjà 15 ans.

Mme X..., toujours bien réglée depuis l'âge de 15 ans, n'a jamais été soignée pour une affection utérine ou para-utérine. Elle n'a d'ailleurs jamais été malade. Ses dernières règles datent du 15 juin, mais elle affirme quelle n'est pas enceinte et se croit déjà au moment de la ménopause.

Elle se plaint de souffrir dans le ventre depuis 15 jours, plus particulièrement dans le bas-ventre et à gauche. Ces douleurs

reviennent par crises, aussi bien la nuit que le jour. Elle urine peu à la fois et très difficilement depuis la même date. Elle est de plus constipée depuis 2 semaines.

Elle n'accuse aucun signe de grossesse, en dehors de la suppression des règles. Son médecin a pensé à un kyste de l'ovaire enclavé dans le bassin et donnant lieu aux phénomènes de compression que l'on constate : rétention d'urine, constipation, œdème considérable des jambes. Il y a 2 mois que la malade s'est aperçue qu'elle grossissait.

A l'examen, le ventre paraît volumineux. La tumeur abdominale étant fluctuante, je pratique d'abord le cathétérisme vésical : séance tenante, je retire avec la sonde 1 litre et demi d'urine.

Le ventre diminue, et la malade se déclare soulagée. Cependant au palper, après évacuation de la vessie, on sent encore une tumeur abdominale médiane, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, le col utérin, difficilement accessible, est trouvé très haut et derrière le pubis. Le cul-de-sac postérieur, effacé, bombe fortement dans le vagin.

Devant les affirmations de la malade qui très catégoriquement déclare qu'elle n'est pas enceinte, j'accepte provisoirement le diagnostic de mon confrère, médecin instruit et distingué ; mais je me réserve, avant d'intervenir, de pratiquer un second examen.

Le lendemain 1er octobre, j'examine à nouveau la malade, et je pose d'une façon ferme le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide.

Le 2 octobre, avec l'assistance des docteurs Lacassagne (de Sommery) et Petibon, j'essaie sous chloroforme de réduire l'utérus rétrofléchi. Ces manœuvres, faites classiquement par pression rectale et vaginale, la malade en position de Trendelenbourg, demeurent inefficaces. Elles avaient déjà échoué la veille, la malade n'étant pas endormie, mais placée en position genu-pectorale. Il faut pourtant désenclaver au plus vite l'utérus, car l'œdème des membres inférieurs est considérable et la vessie semble déjà très altérée. Je pratique la laparotomie.

Dès l'ouverture du ventre, on constate que la vessie remonte très haut, et il faut prendre des précautions pour ne pas la léser en incisant le péritoine pariétal. L'utérus apparaît au fond de la plaie sous forme d'une tumeur médiane, violacée, très vasculaire ; mais

c'est sa face antérieure qui seule est visible ; le fond de la matrice est au-dessous du promontoire, dans l'excavation pelvienne, inaccessible. Il y a une véritable rétroflexion.

Tandis qu'un aide introduit deux doigts dans le rectum pour repousser l'utérus par forte pression de bas en haut, mes deux mains, enfoncées profondément de chaque côté du promontoire, accrochent péniblement le fond de la matrice et l'attirent en haut. Cette manœuvre ne réussit pas d'emblée, car pendant près de dix minutes, malgré tous mes efforts et ceux de mon aide, je n'arrive pas à désenclaver l'utérus. Enfin, l'utérus est redressé après une petite inclinaison vers le côté gauche du promontoire, puis amené en partie hors du ventre.

En l'examinant on constate quelques éraillures de la séreuse qui le tapisse, mais aucune lésion sérieuse. La matrice est réintroduite dans le ventre.

La plaie abdominale est fermée par 3 plans de suture, suivant ma pratique habituelle.

Les suites opératoires immédiates sont aussi simples que possible : pas le moindre écoulement sanguin, pas la moindre contraction utérine pouvant faire redouter l'avortement, une seule piqûre de 1 demi-centigramme de morphine est faite la première journée.

L'urine étant fétide et répandant une odeur de sphacèle, des lavages vésicaux à l'eau boriquée, puis au permanganate de potasse sont faits 3 fois par jour.

Il n'y a pas d'élévation de la température. Le pouls ne bat pas au delà de 90.

Au 9e jour, les fils de suture sont enlevés. La réunion s'est faite par première intention.

Au 10e jour, aussitôt après avoir avalé un cachet de salol à cause des accidents vésicaux, la malade est prise d'un vomissement alimentaire abondant. Elle accuse immédiatement une douleur violente dans le ventre. J'arrive près d'elle environ un quart d'heure après. Sa figure est altérée; son pouls bat à 120 et plus. Elle a des nausées et se plaint de faiblesse. En soulevant le pansement ouaté qui recouvre la plaie, j'aperçois une anse intestinale, d'environ 50 centimètres de long, sortant du ventre par la moitié supérieure de la plaie qui s'est désunie. La moitié inférieure de la cicatrice, protégée par l'utérus faisant tampon à sa partie profonde, a résisté à l'effort violent du vomissement.

Immédiatement, la malade est transportée dans ma salle d'opération. L'anse intestinale qui fait hernie hors du ventre est irriguée abondamment sous un courant d'eau stérilisée chaude. Avec des pinces fines et des compresses stérilisées, j'enlève aussi méticuleusement que possible, et pour ainsi dire brin à brin, l'ouate qui adhère à l'intestin. Cette toilette minutieuse dure un quart d'heure. Je procède ensuite à la réduction de la portion de l'intestin grêle herniée. Une première tentative échoue, la malade étant reprise de vomissements et chassant hors du ventre une plus grande partie de l'intestin. Enfin, dans une seconde manœuvre, la réduction est totalement effectuée. La moitié inférieuse de la cicatrice n'a pas cédé, le fond de l'utérus apparaît nettement en arrière d'elle.

La plaie abdominale est refermée rapidement par des sutures aux crins de Florence prenant toute l'épaisseur de la paroi.

Cette intervention, qui constitue en réalité une véritable opération, a duré 20 minutes. La malade, très faible n'a pas été anesthésiée. Désireux d'aller au plus vite, je n'ai eu que le concours de mes infirmières habituelles.

Lorsque la malade est ramenée dans son lit, son pouls est à 154 ; sa figure est altérée. Je porte un pronostic très grave.

Le soir, la température est demeurée normale, il n'y a eu qu'un seul vomissement, la malade a rendu quelques gaz par l'anus. Le pouls est régulier, mais il bat encore à 140.

Le lendemain, la situation paraît s'améliorer d'une façon remarquable. Aucun accident particulier et pas de contractions utérines. Le pouls est tombé à 120. La malade s'alimente et déclare ne pas souffrir, elle accuse seulement une faiblesse très grande.

Au bout de 12 jours, j'enlève les fils de suture placés après la deuxième intervention : la réunion est parfaite, la cicatrice paraît solide.

La malade demeure encore à ma clinique pendant près d'un mois. A sa sortie, les troubles vésicaux ont presque disparu ; mais elle a peu d'appétit et se plaint de faiblesse. Elle est d'autre part fort contrariée par cette grossesse un peu tardive. Son pouls continue toujours à battre entre 110 et 116. Le ventre a augmenté de volume. Au toucher, les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples, le col utérin est en position normale.

Les suites éloignées sont bonnes. La grossesse continue à évo-

luer sans nouvel incident et l'accouchement se fait spontanément le 14 mars.

Je signale simplement à titre de curiosité l'extrême tolérance de cet utérus gravide, sur lequel des manœuvres de réduction très énergiques ont pu être faites sans qu'il y ait eu même une menace de fausse couche. Il est à remarquer également que l'état général mauvais de Mme L..., lors de la désunion de sa plaie abdominale avec issue de l'intestin hors du ventre, et l'extrême fréquence de son pouls n'ont semblé compromettre en aucune façon le cours de la grossesse.

En dehors de ces particularités, je pense que ce qui constitue le plus grand intérêt de cette observation, c'est l'intervention chirurgicale qu'il a fallu pratiquer pour réduire l'utérus gravide rétrofléchi. Il n'y avait pas, à mon avis, d'autre conduite à tenir. Je ne m'y suis résolu qu'après échec des manœuvres habituellement conseillées et seules recommandées par la plupart des ouvrages classiques.

Je n'hésiterais pas, en pareille circonstance, à me comporter de la même façon, parce que j'estime que la laparotomie suivie de la réduction de l'utérus est moins grave que l'avortement provoqué dans de telles conditions et qu'elle permet de sauvegarder l'enfant en même temps que la mère. Je crois donc qu'on ne pouvait faire moins, j'ajoute qu'on n'avait pas besoin de faire plus. Je veux dire qu'il était absolument inutile, chez ma malade, de prolonger la durée de l'opération en fixant l'utérus à la paroi abdominale. Une telle hystéropexie était superflue, l'utérus ayant été extrait trop difficilement de l'excavation pelvienne pour pouvoir de nouveau y retomber ; elle eût été, d'autre part, fort dangereuse, en compromettant la grossesse plus sûrement, à mon sens, que toutes les manœuvres auxquelles j'avais été contraint de me livrer.

E. Kirmisson. — **De la surélévation congénitale de l'omoplate.** — M. Kirmisson présente un petit garçon, âgé de deux ans, issu de parents bien portants. Lui-même a toujours été en bonne santé. Il y a 6 mois, on s'est aperçu qu'il portait une tuméfaction au niveau du rebord supérieur de l'omoplate gauche, et c'est parce que cette tumeur grossissait de plus en plus depuis cinq semaines, que les parents se sont décidés à l'amener à l'hôpital.

Quand on examine l'enfant de dos, on remarque immédiatement que son épaule gauche est située plus haut et plus en dedans que la droite ; la surélévation mesure 3 centimètres et demi.

En même temps que l'omoplate gauche est portée en haut et en dedans, elle a subi un mouvement de rotation telle que son extrémité supérieure confine aux apophyses épineuses, tandis que son extrémité inférieure en est très écartée.

Le bord supérieur de l'omoplate forme une crête recourbée en avant, qu'on sent très bien à travers l'épaisseur du trapèze. A la partie interne de ce bord, on perçoit une exostose transversalement dirigée, qui confine au bord supérieur de l'omoplate.

Le triangle sus-claviculaire, très diminué d'étendue, admet à peine l'extrémité du doigt.

La tête a une attitude normale ; elle est mobile en tous sens. Les mouvements complets d'élévation du bras sont impossibles ; ils ne dépassent guère l'horizontale.

L'enfant est, du reste, bien portant et, par ailleurs, bien conformé.

Je dois noter cependant chez lui un notable degré d'asymétrie cranienne ; la bosse occipitale gauche est beaucoup plus saillante que la droite.

Dès mon arrivée aux Enfants-Assistés, le 16 janvier 1890, je rencontrais un exemple de surélévation de l'omoplate du côté droit chez une fillette de 10 ans. J'étais très perplexe sur la signification de ce fait unique pour moi jusque-là, lorsque parut, en 1891, dans les *Archives de Langenbeck*, le mémoire de Sprengel renfermant 4 observations. Je ne tardai pas à rencontrer de nouveaux faits semblables, et le cas actuel est le septième que je publie. Du reste, comme il arrive toujours, une fois l'attention attirée sur cette curieuse malformation, les faits n'ont pas tardé à se multiplier, au point que, l'année dernière, un élève de Kœlliker, le docteur Müller (1), pouvait en réunir dans sa thèse 55 observations.

L'affection peut occuper à la fois les deux omoplates, auquel cas le cou est complètement effacé, et la tête enfoncée dans les épaules. Dans la statistique de Müller, 50 fois la malformation était unilatérale, 5 fois elle était double. Tous les auteurs s'accordent à ad-

(1) GUIDO MÜLLER, *Ueber den angeborenen und erwobenen Hochestand des Schulterblattes*. Thèse de doctorat, Leipzig, 1902.

mettre la fréquence plus grande de la malformation du côté gauche. Ainsi, dans la statistique de Müller, 24 fois la surélévation siégeait du côté gauche et 14 fois du côté droit.

Le point le plus intéressant dans l'étude de la surélévation congénitale de l'omoplate, et en même temps le plus obscur, c'est évidemment la pathogénie.

Sprengel avait fait intervenir une théorie purement mécanique; d'après lui, le bras était maintenu appliqué d'une manière permanente sur les parties latérales du thorax, dans la rotation en arrière et en dehors, et cela du fait de la petite quantité de liquide amniotique. Cette tendance permanente à la rotation du bras en arrière et en dehors, j'ai pu la constater chez un petit garçon de 6 mois, atteint de surélévation congénitale de l'omoplate gauche, que j'ai eu l'occasion d'observer autrefois avec mes confrères les docteurs Damalix et Guyard.

D'autres auteurs ont pensé que la cause de l'affection était dans le système musculaire, soit qu'il y eût une rétraction des muscles de l'omoplate comparable à celle du sterno-mastoïdien dans le torticolis, soit que certaines fibres musculaires, comme les faisceaux inférieurs du trapèze, dans les cas de Kausch, fissent défaut.

La radiographie devait ici, comme dans tant d'autres questions, nous apporter un précieux éclaircissement. En 1898, j'eus l'occasion d'observer à la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu un homme de 26 ans, qui, en même temps que d'autres lésions multiples, présentait une surélévation congénitale de l'omoplate droite. Or, chez lui, la radiographie nous permit de constater manifestement l'existence d'une pièce osseuse, qui, partant de la partie supérieure de la colonne cervicale, venait s'articuler avec le bord interne de l'omoplate et maintenait ainsi cet os dans sa position anormale.

Depuis lors, des faits du plus haut intérêt ont été publiés par nos confrères américains. En 1900, les docteurs Goldthwait et Painter ont rapporté l'observation d'un garçon de onze ans, chez lequel l'angle supérieur et interne de l'omoplate était rattaché à la colonne vertébrale par une bandelette osseuse, qui lui permettait une faible mobilité. Une incision conduisit sur cette bandelette osseuse qui, mesurait environ 1 pouce 1/4 de longueur; elle fut enlevée en totalité avec les deux articulations, au niveau de l'omo-

plate et au niveau du rachis. On put ainsi rendre à l'omoplate tous ses mouvements (1).

Wilson et Rugh (de Philadelphie) (2) ont publié deux cas semblables. Dans l'un de ces cas, relatif à une jeune fille de 16 ans, la pièce osseuse enlevée mesurait 2 pouces de longueur et 1 pouce trois quarts de circonférence. Elle était soudée à la colonne vertébrale et s'articulait avec le bord spinal de l'omoplate.

Dans le second fait, la malade était plus jeune, la pièce osseuse mesurait 1 pouce et quart de longueur et 1 pouce et un huitième de circonférence. Elle s'articulait à la fois avec la colonne vertébrale et avec l'omoplate.

Dans le cas de notre petit malade actuel, la radiographie que je mets sous vos yeux démontre manifestement, du côté gauche, une apophyse anormale qui, de la colonne vertébrale, se dirige vers la clavicule.

P. Le Gendre. — **Les enfants nés à terme qui ne savent prendre ni le sein, ni le biberon.** — Il s'agit d'un enfant dont la mère, primipare, avait eu un accouchement régulier; il était né bien conformé extérieurement et d'un poids normal.

La grossesse avait été accidentée par une rougeole, mais n'avait pas été interrompue.

L'enfant, qui était né à terme, fut mis au sein de sa mère, mais ne put téter. On crut que les mamelons n'étaient pas assez longs et on changea la nourrice, sans meilleur résultat. On essaya de faire prendre le biberon et l'enfant n'y réussit pas.

On ne put davantage le faire boire au verre. En un mot, *l'enfant ne savait ni téter, ni sucer, ni boire.*

Alors on prit le parti de recourir au gavage.

Cependant l'enfant se développa à peu près, quoique inférieur naturellement en poids aux enfants du même âge. Il ne présentait aucun vice de conformation de la bouche, de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais, ni du pharynx. L'aspect extérieur du

(1) Goldthwait et Painter, Congenital elevation of the shoulder. *Transact. of the American orthopœdic Assoc.*, 1901.

(2) Wilson et Rugh, Two cases of anomalous spinous process of seventh cervical vertebra articulating with the scapula. *Annals of surgery*, avril 1900.

corps était normal. *Seule la fontanelle antérieure me parut plus large que celle d'un enfant du même âge.*

Dans ces conditions, je ne pus m'expliquer l'impossibilité de l'alimentation spontanée que par un arrêt de développement, une *agénésie du centre nerveux encéphalique de la succion et de la déglutition volontaire*, la déglutition réflexe seule s'accomplissant à la condition que le lait fût amené au contact de la base de la langue.

Je pensai que la rougeole, que la mère avait eue pendant sa grossesse, pouvait être incriminée comme cause d'altération des centres nerveux.

M. Pinard a observé depuis longtemps des cas semblables, en particulier un enfant, qui, après avoir tété pendant 15 jours, ne voulut plus prendre le sein maternel. Une nourrice, à bouts de seins très développés, fut choisie. Le nourrisson, après avoir bien tété pendant 8 jours, refusa de prendre le sein de cette femme. La zone linguale, qui était le point de départ du réflexe de la succion, s'éloignait de plus en plus de la pointe pour gagner la base. M. Pinard fit fabriquer des tétines de plus en plus longues ; mais un jour vint où leur longueur fut insuffisante. En même temps se manifesta un peu d'hydrocéphalie. Peu après, l'enfant mourut.

Le père de l'enfant, syphilitique, avait été soigné par M. Fournier, pendant 5 ans avant le mariage. Du reste, la femme n'avait suivi aucun traitement pendant la grossesse ; elle eut ensuite d'autres grossesses qui se terminèrent, après traitement fait pendant la grossesse, par la naissance d'enfants qui purent s'élever.

M. Pinard a eu l'occasion d'observer plusieurs autres cas identiques. Il a toujours vu apparaître l'hydrocéphalie. Le pronostic est donc grave chez les nouveau-nés qui présentent cette impossibilité de la succion.

M. Kirmisson a observé un fait absolument analogue.

A. Broca. — **Trépanation chez les enfants pour fracture du crâne avec contusion cérébrale.**

REVUE ANALYTIQUE

De l'hématosalpinx dans les gynatrésies (Ueber Hämatosalpinx bei Gynatresien). J. Rauscher, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XLIX, Hft 3, p. 417.

On sait les travaux que Nagel et Veit ont publiés : 1° sur les gynatrésies ; 2° sur les rapports de l'hématosalpinx avec les gynatrésies. Travaux qui se résument dans ces propositions principales : *a*) la soudure large, l'atrésie, c'est-à-dire l'occlusion complète du vagin, dans le cas de matrice unique, bien développée, est acquise ; *b*) l'hématosalpinx, qui coïncide assez fréquemment avec les gynatrésies, est une preuve formelle que l'atrésie est acquise. D'après Veit, hématosalpinx et atrésie seraient les effets successifs d'un même processus phlegmasique *infectieux*. Même dans les cas de duplicité du canal génital, l'atrésie ne serait pas nécessairement congénitale, et il en serait sûrement ainsi toutes les fois qu'il y a hématosalpinx (1). C'étaient des notions intéressantes, que confirmaient nombre de faits, et qui, comme le montra Pincus, étaient susceptibles d'aboutir, en pratique, à des résultats utiles. Mais ces opinions de Nagel et de Veit n'ont pas encore été acceptées par tout le monde, loin de là ! Aussi, l'auteur de la monographie actuelle a-t-il profité de l'observation intéressante que nous rapportons ici, pour reviser et discuter les principaux points de la question, et bien que cette observation s'adapte exactement à la théorie de Nagel-Veit, il est loin de s'y rallier dans ce qu'elle a d'absolu.

Obs. — 17 ans, domestique. Rachitisme infantile, marcha à 3 ans. A 4 ans rougeole. 7 semaines avant l'entrée à l'hôpital, apparition de douleurs hypogastriques, violentes, comme des coliques. La jeune fille n'était pas réglée. Les douleurs persistèrent plusieurs semaines. *Examen :* Stature moyenne, bon état

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, p. 141.

de nutrition ; traces nettes de rachitisme ; organes thoraciques normaux ; seins bien développés, etc. Au palper abdominal, on constate immédiatement au-dessus de la symphyse, un peu à gauche de la ligne médiane, une masse kystique, rénitente, du volume d'un petit poing. Organes génitaux externes normalement formés. L'hymen présente deux petits orifices, séparés par un septum qui paraît se continuer en haut. Avec un cathéter, on perçoit, à une hauteur de 1 centimètre, une résistance, comme une barrière qui oblitère tout à fait le vagin. Au dessus du cul-de-sac, on ne constate, par le toucher rectal, aucun vestige de cordon fibreux. Mais à la hauteur ordinaire de la portion vaginale du col, on sent une tumeur rénitente, grosse comme le poing, qui fait fortement boucher le rectum. Elle proémine aussi vers la paroi abdominale et ne s'élève que peu au-dessus de la symphyse. A gauche, elle paraît en contact avec une tumeur rénitente, de la grosseur d'une prune. A droite, les annexes restent inaccessibles. *Diagnostic clinique : Utérus double, hématomètre de la corne gauche, hématosalpinx à gauche.*

Cœliotomie : Dans le ventre une petite quantité de liquide séreux. noirâtre. Epiploon infiltré, brunâtre. Utérus de conformation tout à fait normale, fluctuant. Les annexes se détachent symétriquement de l'utérus ; annexes de droite normales. A gauche, au lieu de la trompe, on trouve un sac, épais, en forme de boudin, contourné et paraissant rempli de sang. Son extrémité abdominale, fermée, est légèrement collée à l'ovaire. Des pinces-clamps étant appliquées sur l'extrémité utérine de la trompe et sur le ligament infundibulo-pelvien, on tente d'énucléer en totalité le sac tubaire, mais il se rompt et il s'en écoule du sang comme du goudron. La déchirure est vivement fermée par des pinces-clamps. Incision de l'utérus suivant le milieu de sa face antérieure ; écoulement d'une grande quantité de sang noirâtre, qui est étanché. Introduction d'une pince courbe à travers la cavité utérine et vers le vagin. Incision, par dehors, sur la pince. Il s'écoule par en bas du sang épais. Lavage. Suture de l'utérus : un plan de sutures profondes, un plan de sutures demi-profondes. L'orifice vaginal est agrandi au moyen d'incisions latérales, ce qui permet de constater la présence d'un court septum. Après excision de l'hymen, attraction de la muqueuse vaginale, et suture avec la plaie extérieure. Tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Diagnostic anatomique : Hématosalpinx gauche ; hématomètre, hématocolpos, hymen septus.

Suites opératoires apyrétiques : guérison régulière de la plaie abdominale. Au moment du départ de la malade, le vagin admettait un doigt. Utérus élevé, soudé à la paroi abdominale antérieure ; 15 mois après, l'opérée se représentait ; elle paraissait vigoureuse, florissante de santé, et déclara que depuis l'opération les règles venaient régulièrement, intervalle de 4 semaines (3 à 4 jours). Etat des organes génitaux : orifice relativement large, aisément perméable à un doigt ; le vagin se rétrécit tellement que la portion supérieure n'admet qu'un cathéter utérin de diamètre moyen. La partie sténosée est longue d'environ 1 centimètre et demi. Utérus antéfléchi ; corps de la matrice gros comme un petit œuf de poule.

Examen bactériologique et histologique : Du sang de l'hématosalpinx, recueilli au moment de l'opération avec toutes les précautions nécessaires, fut très soigneusement examiné au point de vue bactériologique (aérobies et anaérobies) ; le résultat fut absolument négatif. En ce qui concerne les modifications histologiques tubaires, l'auteur, après les avoir rapportées en détail, les résume ainsi : 1° hypervascularisation de la muqueuse et du tissu sous-séreux, hémorragies dans le tissu sous-séreux et dans la paroi fibro-musculaire ; 2° épaississement de la paroi tubaire par hypertrophie de la musculeuse et par prolifération du

tissu connectif intermusculaire; 3° infiltration micro-cellulaire plus ou moins étendue du tissu connectif ; 4° exsudats fibrineux au niveau de la séreuse.

De l'anamnèse, écrit l'auteur, il ressort que les phénomènes de molimen menstruel n'existaient que depuis 7 semaines, ce qui explique le développement relativement médiocre de la masse sanguine retenue. D'autre part, à cause du peu de durée de la rétention du sang, la muqueuse de la trompe est en général conservée. Relativement à l'hyperplasie notable du tissu connectif intermusculaire, aussi bien qu'à l'infiltration microcellulaire du stroma des plis tubaires, il n'ose pas conclure que ce sont là des effets de la seule stase sanguine. En tout cas, il est persuadé qu'il est impossible d'attribuer à cette stase sanguine les altérations profondes constatées au niveau de la portion ampullaire de l'oviducte (fusion complète de deux tours de l'organe ; transformation d'une portion de la paroi tubaire en une membrane cicatricielle, adhérence des plis opposés, étranglement de plusieurs dépressions épithéliales, ulcération d'une zone circonscrite de la muqueuse). Aussi faut-il admettre une atteinte de la muqueuse avant l'instauration de la menstruation, explicable seulement par une *infection venue d'en bas*, à travers le canal génital, jadis ouvert. Et il faut rapporter au même processus l'occlusion de l'ostium tubaire abdominal. Dans ce cas, l'hématosalpinx était la preuve formelle qu'il s'agissait d'une atrésie vaginale *acquise*.

L'auteur traite ensuite plus particulièrement de deux points :

1° Le sang peut-il *par lui-même*, ainsi que l'a prétendu Sänger (1), donc sans infection, contrairement à l'opinion de Veit, amener la formation d'adhérences et partant l'occlusion de l'oviducte, de l'ostium abdominal ? Reprenant l'observation de Sänger et en utilisant d'autres, Rauscher pense que la notion devenue classique que le sang *pur*, épanché, ne provoque pas de réaction séreuse inflammatoire est exacte. Aussi interprète-t-il d'autre manière les adhérences constatées dans le cas cité par Sänger. Si le sang a produit dans ce cas des adhérences, c'est qu'il devait être mélangé à des produits de nature inflammatoire, provenant de foyers phlegmasiques anciens, restés longtemps silencieux, mais réveillés par un état hypérémique anormal de la trompe. D'ailleurs, contrairement à Veit, il ne croit pas qu'il soit nécessaire d'invoquer

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, décembre 1899, p. 537.

toujours un processus infectieux. Il admet que des altérations anatomiques de l'oviducte, explicables par la stase sanguine seule, et du sang épanché peuvent, grâce à leur coexistence, être le point de départ d'un processus aboutissant à l'occlusion tubaire.

2° Relativement à l'origine du sang collecté dans la trompe, il conclut que, dans les cas d'occlusion de l'ostium uterinum, le sang doit provenir de déchirures vasculaires au niveau de la trompe, favorisées par les altérations des parois des vaisseaux amenées par la stase sanguine, mais que dans tous les autres cas il arrive, par reflux, de l'utérus.

R. L.

De la grossesse ovarique (Ueber Ovarialgravidität), MICHOLITSCH, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIX. Hft 3, p. 508.

Variété très rare de grossesse ectopique, au point d'avoir été longtemps mise en doute, son existence est aujourd'hui démontrée par des faits indiscutables, en particulier par l'observation publiée, ici même, par C. van Tussenbrœk, qui en fit l'objet d'une étude aussi soigneuse qu'intéressante.

La monographie actuelle a pour point de départ deux faits de grossesse ovarique que l'auteur a eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Wertheim (de Vienne) sur un total de 120 grossesses extra-utérines traitées chirurgicalement. Avant de rapporter ces faits, Micholitsch rappelle les conditions requises par Léopold pour justifier la qualification de grossesse ovarique : il faut avant tout que trompe et frange ovarique soient complètement en dehors de la formation de la grossesse ; l'utérus doit être relié au sac fœtal par le ligament ovarique ; l'ovaire du côté gravide doit faire défaut et son tissu s'être étalé dans la paroi du sac.

OBS. 1. — 32 ans. Un accouchement 5 années auparavant, suites de couches normales. Depuis menstruation régulière, toutes les 4 semaines. Dernières règles, le 22 septembre. Entrée à l'hôpital le 7 décembre. Depuis 3 semaines, hémorragies génitales. Quelques jours auparavant, douleurs passagères, comme des coliques ; depuis, pas de douleurs. Examen gynécologique : à droite de l'utérus, tumeur grosse comme une petite pomme, presque indolore, facilement déplaçable, modérément dure, très distincte. Le 9 décembre, cœliotomie vaginale antérieure (professeur Wertheim). A l'incision du cul-de-sac vésico-utérin, écoulement de sang noir, ancien. L'utérus ayant été repoussé à gauche, la portion utérine de la trompe est pincée dans une pince de Péan. On réussit de cette façon à bien mettre en vue la tumeur. Mais on ne peut l'attirer avec la trompe

ni la saisir avec une érigne, en sorte qu'on arrive seulement à dégager la trompe et qu'il faut extérioriser ensuite la tumeur en se servant du palper bimanuel. Section des ligaments. Suture du péritoine et de l'incision vaginale. Suites opératoires apyrétiques et régulières. Le 18e jour, la femme se levait; *exeat* 8 jours plus tard.

Trois ans après cette opération, la femme redevint enceinte (*grossesse tubaire gauche*). De nouveau, elle fut opérée, avec succès, par la voie vaginale (Micholitsch.

Obs. 2. — 26 ans, mariée. Entrée à l'hôpital le 28 novembre 1902 : accouchement normal avec suites de couches apyrétiques (novembre 1901). Jusqu'au 2 septembre 1902, la femme nourrit son enfant. Le 24 septembre, première menstruation depuis l'accouchement ; en octobre, les règles manquent. Le 13 novembre, la femme remarque l'expulsion par les voies génitales d'un tissu membraniforme ; surviennent ensuite des pertes de sang. Elle entre à l'hôpital. *Examen gynécologique* le 22 novembre 1902 : tumeur bien circonscrite, située dans le Douglas, pas très dure, apparemment adhérente aux tissus voisins, exploration douloureuse. Corps de l'utérus modérément augmenté de volume, en avant, élevé, aisément mobile. Du côté des annexes, aucune constatation spéciale. Hémorragie. Expectation ; repos, ergotine. 9 décembre 1902 : même état ; la sensibilité est moindre. La tumeur est de consistance dure, élastique. Hémorragie utérine persistante. Le 15 décembre, examen sous narcose : la tumeur, dans le Douglas, est largement adhérente. Toutefois, il parut possible de la décoller et de l'enlever par le vagin, en laissant *in situ* l'utérus et les annexes saines. *Opération* le 15 décembre (Micholitsch) : Cœliotomie vaginale postérieure et antérieure. Décollement, libération aisée de la tumeur. Dans le Douglas, il y a du sang noir ancien et des débris comme d'une capsule d'hématocèle. La trompe gauche dégagée à travers le cul-de-sac vésical paraît normale. Mais le dégagement de la tumeur solide, grosse comme un petit poing, et appartenant à l'ovaire gauche, est difficile. Il faut, comme dans le cas précédent, employer pour l'extérioriser le palper bimanuel. Au cours de ces manœuvres, en dépit des précautions prises, le sac se déchire un peu. Enlèvement de la tumeur. Abandon du pédicule soigneusement suturé. Fermeture du péritoine et de l'incision vaginale. Les annexes de droite étaient saines. *Suites opératoires, très bonnes. Exeat* 15 jours après.

Les examens des deux pièces pathologiques dont l'auteur donne les résultats, montrèrent qu'elles remplissaient bien les conditions nécessaires pour affirmer la grossesse *ovarique*. Il saisit, en outre, cette occasion pour résumer comme suit nos connaissances actuelles sur la question : « Pour essayer d'éclairer l'étiologie de la grossesse ovarique, il faut considérer deux points : 1° la rétention de l'œuf dans le follicule ; 2° la rencontre, à ce niveau, de l'œuf avec les spermatozoïdes. Les auteurs accordent au premier point la plus grande importance.

« Kiwisch invoque déjà un obstacle mécanique à l'expulsion de l'œuf. Le follicule ne s'étant que petitement rupturé, l'expulsion ovulaire ne se fait pas sous forme d'éjaculation : l'organe, se repliant

au niveau de la rupture, empêche l'œuf de se dégager. Toutefois les spermatozoïdes peuvent, à travers la fine fente, pénétrer dans le follicule. L'œuf serait ainsi fécondé ; puis, l'ouverture se cicatrisant, il serait totalement enfermé. Egalement Léopold attribue les difficultés de sortie de l'œuf à des obstacles mécaniques. L'œuf se loge dans une dépression, dans un cul-de-sac du follicule — la présence du disque proligère au niveau du point rupturé pourrait jouer un rôle — ou bien, un follicule peut se rompre dans un autre et l'œuf s'égarer dans une dépression latérale.

« Il y a à la base de ces théories une idée semblable à celle qui préside aux explications étiologiques des grossesses ectopiques, dans un diverticulum tubaire. Poursuivant les analogies avec la trompe, on peut songer à ces formations adénoïdes, trouvées dans l'ovaire, tubulaires, ampullaires, cystiques (v. Franqué), aptes à favoriser le passage de l'œuf dans un conduit secondaire.

« Il n'est pas établi que l'*inflammation* des ovaires joue un rôle dans l'étiologie de la grossesse ovarique. Toutefois, il est permis de supposer qu'un processus phlegmasique peut diminuer l'élasticité du tissu ovarique et, par suite, modifier les conditions de la ponte ovulaire. Il peut enfin arriver que le follicule éclate avant que l'ovule ne se soit détaché du disque proligère, ce qui peut favoriser une fécondation intra-folliculaire.

« En ce qui concerne le second point, rencontre de l'œuf et des spermatozoïdes, on admet en général que les spermatozoïdes vont jusqu'aux ovules retenus. Cela fait supposer qu'ils traversent la trompe et progressent jusqu'à l'ovaire. »

Futh croit que non seulement dans son cas, mais que dans les autres cas de grossesse ovarique les trompes sont particulièrement longues, que par suite le contact, l'apposition de la trompe à l'ovaire est plus intime, ce qui faciliterait l'accès aux spermatozoïdes. Contre cette idée milite en particulier le cas de Mayo-Robson dans lequel la trompe du côté gravide précisément était atrésiée, et qu'il fallut admettre une migration externe des spermatozoïdes. Dans notre cas, les trompes avaient une longueur normale.

On peut se demander si un follicule sorti de l'ovaire et déjà fécondé ne pouvait pas revenir dans le follicule rompu ?

Au point de vue anatomique, le point le plus intéressant, c'est le mode de nidation de l'œuf dans l'ovaire. Malheureusement les connaissances à ce sujet sont minimes. Et, dans nos deux cas, les

œufs étaient si altérés, qu'on ne pouvait les utiliser dans ce sens d'informations.

Que l'œuf, d'ordinaire, se fixe dans un follicule de de Graaf, cela ressort déjà des considérations étiologiques. D'autre part, nous en avons la preuve *anatomique* par la mise en évidence faite pour la première fois par C. Tussenbrœk de cellules utérines dans la paroi du sac fœtal.

Par analogie avec la nidation tubaire, on peut admettre que l'œuf s'enfouit plus ou moins dans la substance de l'ovaire. En faveur de cette manière de voir militent les cas dans lesquels l'œuf se trouve presque au centre de l'ovaire, également la disposition circulaire habituelle des éléments de l'ovaire, particulièrement des follicules dans la paroi de l'œuf.

Spiegelberg pense que l'œuf pourrait croître en dehors de la déchirure de follicule, tandis que, seul, l'arrière-faix resterait dans l'ovaire.

Formation d'une caduque.— Elle semble devoir être fort rare. Ni dans les stades précoces, ni dans les périodes avancées, on ne trouve une caduque constituée ; la plupart du temps, on ne rencontre que des cellules déciduales isolées, ou réunies en petits groupes. Nous ne réussîmes pas plus à mettre une caduque en évidence sur nos pièces. Nous trouvâmes seulement dans les couches de fibrine situées entre la môle et l'ovaire des cellules déciduales, condition anatomique signalée par d'autres auteurs. Nous vîmes aussi dans les parois vasculaires, atteintes de dégénérescence hyaline, des cellules d'aspect décidual.

Connexions de l'œuf avec le tissu maternel. — Franz pense que l'œuf se niche dans l'ovaire, suivant la théorie de Futh. Conformément aux conditions tubaires, il a constaté un pouvoir destructeur des cellules de Langhans. Ces cellules prolifèrent très activement, traversent les parois vasculaires et arrivent ainsi au contact du sang maternel. De même il observa la formation de lacs sanguins, produits par la formation d'espaces lacunaires dans les couches de cellules de Langhans hyperplasiées.

Franz rapporte également les ruptures prématurées à l'action destructrice des cellules de Langhans. Une particularité qu'il convient de noter, à laquelle plusieurs auteurs ont accordé de l'importance, et que nous pouvons confirmer, c'est la présence d'un double revêtement épithélial des villosités choriales. C.Tussenbrœk,

De la tuberculose des tumeurs de l'ovaire. (Zur Tuberculose der Eierstocksgeschwulste.) F. PRUSMANN, *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft. 3, p. 769.

État pathologique rare, puisqu'avec le fait rapporté dans ce travail, il en existe en tout 13 observations dans la littérature médicale.

OBS. 34. — Père mort à 58 ans, vraisemblablement de phtisie pulmonaire. Mère morte à 58 ans, catarrhe pulmonaire et asthme. 4 sœurs vivantes et bien portantes ; 2 frères morts de bonne heure, l'un à 6 mois, l'autre à 5 ans (maladies indéterminées). Dans sa première enfance, la femme eut la rougeole et la diphtérie, à 11 ans une phlegmasie pulmonaire, dont elle ne se remit qu'au bout de plusieurs mois. Premières règles à 19 ans (2 à 3 jours), mais venant irrégulièrement. Depuis 15 ans, la patiente est mariée et est restée stérile. 1 an et demi auparavant, ablation du sein droit, siège de grosseurs et grattage de la cavité axillaire. Mari, 37 ans, paraît bien portant. Il y a 4 semaines, la femme eut pendant les règles de violentes douleurs dans le bas-ventre, qui plus tard s'étendirent jusqu'aux fausses côtes gauches ; augmentation du volume du ventre. Depuis 4 semaines, incapacité au travail. Sous l'influence du repos au lit, amendement, disparition des douleurs. Depuis un an, difficultés à uriner. Constipation depuis quatre semaines. *État actuel* : Femme d'aspect vigoureux, bien en chair, grasse. Poumons : rien de particulier, cœur sain ; pas d'albumine, pas de sucre dans l'urine.

Examen interne : Portion vaginale du col déviée à gauche. Corps de l'utérus petit, dirigé à gauche et en avant. Cavité utérine 6 centimètres. On perçoit une tumeur cystique, peu mobile, à paroi lisse, grosse comme une tête d'homme, située au voisinage du côté droit de l'utérus. A travers le cul-de-sac postérieur, on en sent le segment inférieur plus solide, gros comme une petite pomme, qui se laisse dégager du bassin. Le pli droit du Douglas, très étendu, chemine sur la face inférieure de ce segment ; pli gauche du Douglas égalemeut reconnaissable.

Opération. — Incision suivant la ligne blanche, longue d'environ 13 centimètres, ouverture de la gaine du muscle droit du côté droit. Epiploon, en larges pointes, soudé médiocrement avec la surface grise, un peu trouble du kyste, et largement avec le péritoine de la paroi abdominale antérieure au-dessus de la symphyse et du voisinage du sommet de la vessie. Pincements par parties et traitement des adhérences épiploïques. Le kyste adhérent en bas au péritoine pelvien, particulièrement en avant, donne issue, après ponction, à un écoulement brunâtre. Pédicule large, attaché court au ligament large droit. Trompes un peu allongées, tout le ligagement large un peu épaissi. Immédiatement au-dessus du pédicule une portion de la tumeur, à petits kystes. Le pédicule est pris en plusieurs parties, traité au catgut, puis recouvert avec le péritoine. A gauche, en avant, une adhérence de la paroi à une appendice épiploïque de l'S iliaque, est libérée, l'ovaire gauche est un peu gros, semé d'un grand nombre de petites cavités (follicules), qui n'éveillent aucunement l'idée de tuberculose. La trompe gauche est intacte. Les annexes gauches sont laissées *in situ*.

A droite, en avant, au-dessus de la vessie, hémorragie légère venant d'adhérences et facilement arrêtée par compression, etc.

Suture en étage, et 3 sutures profondes en argent pour fermer le ventre. *Suites opératoires* excellentes, réunion *per primam* ; pas de fièvre.

État au moment de la sortie de la malade : Utérus fortement rétrodévié, mobile. Les deux paramétriums libres. Aucune sensibilité à la pression.

A l'examen de la pièce pathologique, on constata que le grand kyste présentait à l'intérieur une couche crémeuse, brunâtre. La couche interne de la paroi, constituée par un tissu de granulations sans vaisseaux, infiltrée de petites cellules rondes, était semée d'une infinité de tubercules qui contenaient des bacilles tuberculeux typiques. Par contre, on ne trouva ni dans la couche externe, connective de la paroi du kyste, pas plus que dans la trompe, traces de tubercules ni d'infiltration. Mais au niveau du ligament large, près de l'insertion du pédicule de la tumeur, il y avait des infiltrations de petites cellules rondes dans les espaces lymphatiques et des cellules géantes nettes. A cause même de cet état des espaces lymphatiques, on fut conduit à admettre une infection du kyste, par l'intermédiaire des voies lymphatiques communiquant avec le vagin, interprétation qui concorde bien avec le rôle, indiscutable aujourd'hui, du coït dans la contamination tuberculeuse.

R. L.

Un cas de prolapsus de l'utérus traité avec succès par l'injection de quinine (A case of prolapsus uteri treated successfully by injection of quinine), Crewdson Thomas, *British. med. J.*, février 1903, p. 366. — Ce traitement du prolapsus par l'injection d'une solution de sulfate de quinine dans les ligaments larges aurait été employée, avec succès, par I. Pearsons, depuis un certain nombre d'années. A son exemple, l'auteur y a eu recours, avec succès aussi, dans le cas suivant :

Observation. — Femme âgée de 38 ans, ayant eu 3 enfants, le dernier âgé de 3 ans. Accouchements, suites de couches réguliers. Pas de passé gynécologique. 3 à 4 mois après son dernier accouchement,. pesanteurs d'abord tolérables, mais peu à peu les accidents devinrent intolérables.

Examen : parois du vagin relâchées, utérus augmenté de volume, en rétroversion, col mou, hypertrophié. Ovaire gros, sensible, prolabé dans le Douglas. Contre cet état, l'auteur injecta dans chaque ligament large 50 millim. cubes d'une solution de sulfate de quinine à 1 gr. 5, et soutint l'utérus réduit par un pessaire. Le quatrième jour, le pessaire ayant été enlevé, on constata qu'une exsudation

s'était faite dans les ligaments larges. 3 semaines après, un pessaire de Hodge fut appliqué. Or, un examen pratiqué 3 mois plus tard permit de constater que l'utérus, réduit de volume, était en bonne position, qu'il n'existait plus aucune tendance au prolapsus et que tout symptôme pénible avait disparu.

R. L.

CORRESPONDANCE

A l'occasion de l'article *Des ruptures utérines sub partu* (juillet 1903), nous avons reçu une lettre de M. CRISTEANU, qui note tout particulièrement deux points : 1° que, dès 1901 (*Annales de gyn. et d'obst.*, avril), par conséquent bien avant le congrès de Nantes, dans un premier mémoire «... *les principaux points, l'indication principale, l'hystérectomie abdominale totale dans toutes les ruptures utérines sont complètement exposés...* », — idées qui furent développées et appuyées de statistiques dans le second travail, en 1902 (DRAGHIESCO et CRISTEANU, *ibid.*, février 1902) ; 2° que dans le court emprunt que nous avons fait à ce second travail de MM. Draghiesco et Cristeanu, dans le but de rappeler simplement leur opinion sur le meilleur traitement des ruptures utérines, il se glissa une erreur de citation. En effet, page 26 de notre revue, au lieu de : au point de vue des suites de l'opération, le meilleur procédé ne peut être que l'hystérectomie totale avec drainage *abdominal*, il faut lire : avec drainage *vaginal*.

D'ailleurs, les deux mémoires en question ayant été publiés dans nos « *Annales* », nos lecteurs ont pu ou peuvent se rendre compte de l'importance de la contribution que MM. Cristeanu et Draghiesco ont apportée à la question du traitement des ruptures utérines.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de Lorette.

L'EXAMEN CLINIQUE EN GYNÉCOLOGIE

par **Henri Hartmann.**

Lorsqu'un gynécologue voit entrer dans son cabinet de consultation une malade, il est utile qu'il recueille une série de renseignements avant de procéder à l'examen direct des parties malades. Il laissera la *femme exposer les motifs de sa visite*, et pendant ce temps il aura déjà le loisir, tout en l'écoutant, de la regarder, de recueillir quelques notions importantes sur son *état général*, sur son embonpoint ou son émaciation, sur la *couleur de sa peau et de ses muqueuses*, ce qui lui permettra de reconnaître le teint jaune verdâtre des chlorotiques se plaignant d'aménorrhée, la pâleur extrême des anémiées par des pertes sanguines abondantes, le teint pâle et terne avec aspect terreux, fatigue des traits des leucorrhéiques (facies utérin), la teinte jaune paille des cancéreuses, le facies amaigri, dit ovarien, des kystes, contrastant avec le volume du ventre.

Il ne faut toutefois pas que le gynécologue s'attarde trop longtemps à écouter ces explications préalables, qui sont malheureusement souvent longues et quelque peu confuses, qui portent souvent sur des détails oiseux, alors qu'ils ne renseignent pas sur des points d'une importance capitale. Elles donnent une idée de l'allure générale de la maladie et de la manière d'être de la femme; elles ne conduisent généralement pas au diagnostic.

Aussi est-il nécessaire de procéder rapidement à un interrogatoire méthodique et de ne pas laisser la malade s'égarer dans des digressions sans intérêt.

Il y a avantage à conduire l'interrogatoire selon un ordre déterminé que l'on adoptera une fois pour toutes.

1° **Règles.** — Les premières questions doivent porter sur l'*état des règles*.

Quelques malades viennent consulter pour une absence de règles, *aménorrhée*. Chez une jeune fille, qui a dépassé l'âge moyen de la menstruation, il ne faut pas se hâter de conclure à l'existence d'une affection locale. Chez des chlorotiques et chez des lymphatiques, les règles n'apparaissent que tard ; quelques mois de patience et un traitement général approprié jugeront la question. Si l'aménorrhée persiste il faut, au contraire, penser à une affection locale, absence des ovaires et de l'utérus ou imperforation génitale, cas où à un moment donné survient l'ensemble du molimen menstruel (coliques, douleurs de reins, pesanteur abdominale). A une époque plus avancée de l'existence, alors qu'antérieurement les règles se sont montrées normalement, l'aménorrhée peut être symptomatique d'un état général grave ou d'une cachexie (affections fébriles aiguës, albuminurie, diabète, tuberculose, etc.) ; elle peut aussi ne reconnaître qu'une cause nerveuse et s'observe alors le plus souvent soit immédiatement après le mariage, soit à un âge plus avancé, s'accompagnant alors quelquefois de tympanite ou de polysarcie abdominale, ce qui fait facilement penser à une grossesse et peut compromettre la réputation d'un médecin qui n'a pas su reconnaître une de ces fausses grossesses dites *grossesses nerveuses*.

Il importe tout d'abord d'être fixé sur la date des dernières règles. Il est en effet une préoccupation qui doit hanter l'esprit du gynécologue, c'est la possibilité d'une grossesse chez la malade qui vient le consulter. Sur ce terrain, on doit craindre de se heurter à l'ignorance et plus souvent encore à la mauvaise foi de l'intéressée, et telle femme vient demander une consultation gynécologique qui n'a au fond d'autre but

l'avortement espéré.

Il est bon de ne pas se borner à faire préciser la date des dernières règles ; il faut recueillir des *renseignements sur les deux dernières époques*, car il ne suffit pas d'être fixé sur la date de la dernière menstruation, pour avoir toute certitude sur la non interruption de la fonction menstruelle. Il se peut que ce que la malade appelle ses dernières règles ne soit en réalité qu'une métrorrhagie symptomatique d'un avortement déjà consommé ou menaçant de se faire. En s'informant des avant-dernières règles, on se met à l'abri de toute erreur de ce genre.

Ce point capital éclairci, on doit étudier la menstruation à toutes les époques de la vie de la malade. A quel âge sont apparues les premières règles ? Se sont-elles établies sans difficultés et sans douleurs ? Comment la fonction menstruelle s'est-elle comportée depuis ? La malade souffre-t-elle au moment de ses règles ? Et si elle souffre, les douleurs surviennent-elles avant l'écoulement menstruel ? Dans le cas où la réponse est affirmative, il faut soupçonner une lésion ovarienne probable. La malade souffre-t-elle au contraire quand l'écoulement menstruel s'est déjà établi, il faut penser à un obstacle s'opposant à l'issue du sang hors de la cavité utérine : sténose du col congénitale ou acquise, déviation utérine, le plus souvent une anté-flexion. Si, dans ce dernier cas, la malade raconte qu'après un accouchement, elle est restée six mois, un an, deux ans sans souffrir, l'existence d'un obstacle mécanique à l'issue du sang, plus particulièrement une anté-flexion utérine, est presque certaine.

Après cette enquête sur les *phénomènes douloureux* qui peuvent précéder ou accompagner les règles, il faut s'enquérir de leur abondance et de leur durée. Comme cette abondance et cette durée varient suivant les femmes, il est bon non seulement de demander ce qui se passe actuellement, mais encore ce qui se passait autrefois, et de comparer ce qui est avec ce qui a été. Il est alors facile d'apprécier s'il y a véritablement

exagération de l'écoulement menstruel, s'il y a *ménorrhagie*, comme on dit.

Y a-t-il des pertes sanguines dans l'intervalle des époques menstruelles, des *métrorrhagies* ? Les pertes sont-elles discrètes et intermittentes? S'agit-il d'un simple suintement sanguin ? Sont-elles au contraire très marquées et continues, et la malade est-elle constamment dans le sang ? Comme les malades exagèrent quelquefois, on cherchera à déterminer approximativement la quantité de sang perdue en demandant le nombre de serviettes que mouille la malade dans la journée.

On complètera l'étude des pertes sanguines en s'informant des caractères de l'écoulement hémorragique.

La femme perd-elle du sang fluide, des caillots ? La perte s'est-elle accompagnée de l'expulsion des membranes, de *peaux*, comme disent les malades, ou même de débris fœtaux ? Toutes ces questions ont leur importance : elles permettront souvent, avant tout examen local, de faire le diagnostic : avortement (femme jeune, perte avec caillots après un retard) ; fibrome mural (ménorrhagie chez une femme plus âgée) ou polypeux (métrorrhagie continue), cancer (femme ayant dépassé la ménopause et voyant apparaître un écoulement sanguin), etc.

2° **Écoulements vaginaux.** — Y a-t-il des « pertes blanches » ? Et, si celles-ci existent, s'agit-il d'un écoulement récent ? Remonte-t-il au contraire à plusieurs mois ? Est-il survenu en apparence sans cause ou la malade peut-elle lui assigner elle-même une étiologie et le rattacher à un événement déterminé de sa vie génitale, avortement, accouchement, etc. ? Quels en sont les caractères ? Est-ce un écoulement épais, filant, visqueux, inodore (catarrhe vésical), un écoulement purulent d'odeur acide (vaginite simple, flueurs blanches des anémiques), un écoulement séreux, parfois légèrement rosé, d'odeur infecte (cancer) ?

3° **Grossesses.** — La malade est-elle vierge (au sens gynécologique du mot, s'entend) ? A-t-elle eu des enfants ? Combien ? Sont-ils venus à terme ou avant terme ? De quelle façon

se sont passés le ou les accouchements? Ont-ils été laborieux? Une intervention a-t-elle été nécessaire? Le périnée a-t-il été déchiré? La délivrance a-t-elle été régulière et complète? Les suites de couches ont-elles été compliquées d'accidents (fièvre, vomissements, ballonnement du ventre, etc.)? Y a-t-il eu des avortements? Quels ont été les suites?

4° **Douleurs.** — Bien qu'extrêmement variable dans son intensité, la douleur fait rarement défaut (1). Occupe-t-elle la partie inférieure de l'abdomen et est-elle médiane ou latérale? S'agit-il au contraire de douleurs lombaires, crurales, ou encore de coccygodynie? Quelles sont les caractères de ces douleurs? Y a-t il des douleurs véritables ou simplement une sensation de fatigue, de pesanteur, ou encore des coliques utérines, des douleurs expulsives que la malade, qui a été mère, compare toujours aux douleurs de la parturition?

Les conditions dans lesquelles se produisent les douleurs ont une importance toute spéciale. Nous avons vu la signification des douleurs qui accompagnent ou qui précèdent les règles, nous n'y reviendrons pas. Pour les autres douleurs, il faut s'enquérir de l'influence du repos et de la fatigue. Si la femme est soulagée par le séjour au lit et ne souffre que quand elle marche, il s'agit d'une métrite. Si elle souffre même au repos, au lit, il y a probablement des lésions annexielles. Les conditions de production du symptôme douleur sont donc importantes à préciser.

Le *prurit*, vulvaire ou anal, constitue une dernière variété du symptôme douleur; il peut être dû à une cause extérieure (eczéma, diabète, parasites), à l'action irritante d'un écoulement leucorrhéique, ou même simplement à une cause nerveuse.

(1) Il ne faut pas oublier dans l'étude des douleurs du côté de l'appareil génital que l'hystérie peut en être la cause. Il faut donc en rechercher les signes (nervosisme, insomnie, mastodynie, névralgies intercostales, etc.), tout en se rappelant qu'hystérie et affection génitale peuvent coexister, l'affection génitale entretenant ou exagérant les symptômes généraux de nervosisme présentés par les malades.

découvre que ce sont en réalité deux hommes hypospades dont le sexe avait été jusqu'alors méconnu faute d'un examen suffisant. On n'hésitera donc pas à pratiquer cet examen direct toutes les fois que les symptômes observés attireront l'attention sur l'appareil génital.

Examen de l'abdomen. — Pour faire l'examen de l'abdomen, la malade étant couchée sur son lit ou sur une table d'examen, les jambes allongées, les membres supérieurs reposant à plat le long du corps, on lui recommandera de respirer tranquillement et de se laisser aller de manière à relâcher les muscles de la paroi abdominale, chose souvent beaucoup plus difficile à obtenir qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Avant de commencer cet examen, on aura eu soin de s'assurer de la vacuité du rectum et surtout de la vessie. On aura à sa portée un crayon dermographique, qui permettra de fixer séance tenante les résultats de l'examen en dessinant sur les téguments les contours de la tumeur dont les différents modes d'exploration auront permis d'apprécier les limites. Ce tracé n'a pas seulement l'avantage de résumer pour l'observation les résultats de l'examen physique, il peut parfois faciliter le diagnostic en donnant une représentation graphique des plus expressives et des plus significatives, que les temps successifs et en quelque sorte morcelés de l'exploration n'auraient pas permis de dégager aussi bien.

Ces précautions prises, on découvre l'abdomen. La simple *inspection* permet de constater les modifications des téguments (varices veineuses ou lymphatiques, pigmentation, vergetures, etc.), l'existence d'une augmentation générale du ventre ou d'une saillie limitée. Dans ce dernier cas, on précisera le siège de la tuméfaction, on notera si elle est médiane ou latérale, régulière ou bosselée, si elle se déplace ou non sous l'influence des mouvements respiratoires. La forme du ventre suffit quelquefois à elle seule pour évoquer l'idée de certaines maladies : un abdomen aplati fait penser à l'ascite ; un ventre bosselé, très saillant en avant, à un fibrome ; un ventre énorme retombant sur les cuisses, à un kyste de l'ovaire, etc.

Par la *percussion* on fixera la forme de la zone de matité, recherchant si cette forme n'est pas modifiée par les changements de position de la malade. On peut ainsi arriver, par ce seul mode d'exploration, à préciser certains diagnostics et à différencier par exemple une ascite d'un kyste de l'ovaire.

C'est la *palpation* qui fournit, dans la plupart des cas, les renseignements les plus complets. Cette palpation doit être faite doucement, non avec l'extrémité des doigts, mais avec toute la face palmaire de la main (1), posée à plat sur la paroi abdominale, qu'on déprime lentement, engageant la malade à respirer tranquillement et gagnant du terrain à chaque expiration. Avec de la patience on arrive presque toujours à triompher ainsi de la contraction musculaire qu'opposent à la main du chirurgien les malades pusillanimes et nerveuses. En revanche, on reste désarmé devant l'épaisse couche de graisse qui double certaines parois et rend la palpation aussi difficile dans son exécution qu'incertaine dans ses résultats.

Le plus souvent, il est toutefois facile de constater par le palper la présence d'une tumeur (2), mais quelquefois on peut avoir des hésitations sur son siège exact par rapport aux différents plans de la paroi abdominale.

Les éventrations se reconnaissent facilement à la saillie qu'elles forment lorsqu'on fait contracter les muscles droits, à leur réductibilité totale ou partielle, à la dépressibilité qui existe entre les droits écartés.

Lorsqu'il existe une tumeur vraie, il est encore facile de déterminer sa situation pariétale ou intra-abdominale par une petite manœuvre extrêmement simple.

La malade étant allongée, il suffit de la prier de s'asseoir,

(1) Il est bon que la main soit chaude : outre qu'une impression désagréable est causée par l'application d'une main froide sur la peau du ventre, cette application peut déterminer des contractions de défense de la paroi qui gênent l'exploration.

(2) Il faut se méfier de certaines contractures localisées qui donnent faussement la sensation de tumeur.

muscles abdominaux, provoquée par ce mouvement, rend la tumeur plus saillante et si celle-ci conserve sa mobililé en avant du plan musculaire contracté, il s'agit d'une tumeur pariétale prémusculaire. Si, tout en restant saillante et nettement perceptible, la tumeur est immobilisée par la contraction musculaire, on a affaire à une tumeur pariétale intramusculaire.

Enfin, si les muscles contractés masquent la tumeur et la dérobent à l'exploration, c'est qu'il s'agit d'une tumeur intra-abdominale.

La tumeur ainsi localisée, il faut préciser sa forme, sa mobilité, sa consistance. Est-elle molle ou dure ? fluctuante ou non ?

Parfois la palpation donnera des sensations d'une signification toute particulière, telle la crépitation caractéristique des frottements péritonéaux. Si la tumeur durcit sous la main, on peut affirmer qu'il s'agit d'un utérus gravide. Dans d'autres cas, on a la sensation d'une masse dure, mobile, venant frapper les parois, semblant flotter dans une cavité, en d'autres termes on a la sensation de ballottement. C'est là encore le plus souvent un symptôme obstétrical qui répond aux mouvements d'un fœtus flottant dans le liquide amniotique. Certaines tumeurs, baignant dans le liquide d'une ascite, peuvent aussi donner une sensation analogue.

L'*auscultation* n'a qu'une médiocre importance en gynécologie. Il importe surtout pour le diagnostic de la grossesse et point n'est besoin d'insister ici sur la signification pathognomonique qu'a pour ce diagnostic la constatation des bruits du cœur fœtal. Le souffle utérin a beaucoup moins d'intérêt, car s'il se rencontre au cours de la gravidité, il est également de constatation banale dans les cas de tumeurs utérines volumineuses et plus particulièrement dans les cas de fibromes.

Examen génital proprement dit. — La malade sera placée dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le bassin et placées en abduction légère.



l'aspect de la face cutanée des grandes lèvres, on écartera celles-ci et l'on examinera successivement les autres parties constituantes de la vulve (petites lèvres, clitoris, vestibule, orifice uréthral, hymen ou caroncules myrtiformes). On précisera l'état de la fourchette, qui peut être le siège d'une déchirure, et, avant de poursuivre l'examen, on priera la malade de pousser, ce qui déterminera quelquefois la formation d'une saillie, d'une colpocèle antérieure ou postérieure, qui n'existait pas avant l'effort.

Toucher vaginal. — Après cette inspection de la région vulvaire, on passera au *toucher vaginal*. Il faut, au préalable, se désinfecter les mains, puis introduire méthodiquement le doigt vaseliné dans le vagin, l'appuyer d'abord sur le périnée et l'amener progressivement en avant jusqu'à ce qu'il rencontre la fourchette; il suffit alors de déprimer légèrement celle-ci pour pénétrer à coup sûr dans le vagin.

Chemin faisant, le doigt explorera les parois du vagin, notant l'état de la muqueuse, l'existence des ulcérations ou des orifices fistuleux qui s'y trouvent, la saillie des tumeurs qui refoulent la paroi vaginale et enfin la présence de corps étrangers. Continuant à enfoncer doucement le doigt, le chirurgien finit par rencontrer le col. Si inexpérimenté qu'il soit, il le reconnaît aisément à sa forme arrondie, à sa consistance ferme, que l'on compare d'ordinaire à celle du lobule du nez, à l'orifice qu'il présente à sa partie centrale.

L'état des culs-de-sac vaginaux qui l'entourent doit tout d'abord attirer l'attention. Leur profondeur augmentée est un indice de prolapsus. Normalement, le cul-de-sac postérieur est plus profond que l'antérieur. Sa profondeur ne doit toutefois pas être excessive, ce serait l'indice d'une malformation ou d'une fausse route maritale. La souplesse de ces culs-de-sac, leur effacement par une tumeur juxta-utérine sont dès ce moment fixés, mais, en cas de tumeur, on ne tardera pas à en préciser les caractères, que l'on appréciera beaucoup mieux tout à l'heure par le palper et le toucher combinés.

Ces quelques notions rapidement acquises sur l'état des culs-de-sac vaginaux, le chirurgien revient à l'examen du col.

Quelle en est la situation ? Est-il rapproché de la vulve, ce qui indique un utérus prolabé ? Est-il porté en masse en avant, contre la symphyse, ou en arrière, vers la concavité sacrée ? Quelle est sa direction, spécialement celle de son orifice ? Regarde-t-il comme normalement en bas et en arrière ? Son orifice est-il arrondi comme chez une jeune multipare ou punctiforme au bout d'un col long et conique ? Est-ce au contraire l'orifice en fente transversale de la femme qui a eu des enfants ? Est-il rétréci ou dilaté et, dans ce dernier cas, livre-t-il passage à un polype, à une végétation épithéliomateuse intracervicale, à des débris placentaires ou simplement à la muqueuse cervicale en ectropion ? Présente-t-il enfin des déchirures et, s'il y a des déchirures commissurales, celles-ci se continuent-elles vers le cul-de-sac latéral par des indurations cicatricielles ? L'examen du col est terminé par l'appréciation de son volume, de sa consistance, des irrégularités que peut présenter sa surface. Cet examen, beaucoup plus rapide à faire qu'à décrire, permet de recueillir des renseignements beaucoup plus complets que ceux qu'aurait donnés une inspection même prolongée à travers un spéculum.

Mais quelque précieux que soient les renseignements fournis par le toucher, ils sont peu de chose à côté de ceux que peut encore donner ce mode d'exploration lorsqu'on le combine à la palpation abdominale.

TOUCHER ET PALPER COMBINÉS. — Le *toucher* et le *palper combinés* constituent le plus précieux des modes d'exploration gynécologiques. Ils sont loin de constituer une méthode d'examen nouvelle, et bien que, tous les jours en Allemagne, on attribue à Schultze le mérite d'avoir inventé, il y a quelque vingt ans, ce mode d'exploration, nous savons en France qu'il est de date beaucoup plus ancienne et que, préconisé par Puzos dès le début de ce siècle, vulgarisé ensuite par Velpeau et par Courty, il a toujours été pratiqué par les gynécologues français.

Pour pratiquer ce palper bimanuel, il faut se servir de la

face palmaire des doigts et non du bord radial de l'index. Un doigt ou mieux deux, si le vagin est large, sont introduits et maintenus au contact du col. La main extérieure, posée à plat au niveau de l'hypogastre, déprime lentement la paroi abdominale, pendant que la malade respire lentement et sans contracter ses muscles. Il est bon pour cela de lui parler, de gagner sa confiance. Si le vagin est profond, il faut presser fortement le périnée, l'invaginer en quelque sorte, ce qui allonge le doigt de 4 à 6 centimètres. La main hypogastrique s'efforce d'accrocher le fond de l'utérus et de saisir le corps utérin que cherchent à soutenir les doigts vaginaux ramenés dans le cul-de-sac antérieur où doit se trouver l'utérus, qui normalement est en antéflexion. Si cette manœuvre ne permet pas de découvrir le corps utérin, c'est qu'il n'est point à sa place normale ; il est alors vraisemblablement rétrodévié ; on le trouvera en portant les doigts vaginaux dans le cul-de-sac postérieur.

L'utérus saisi, il est facile, par le palper combiné, d'apprécier sa mobilité dans les différents sens, n'oubliant pas que si la fixation de l'utérus indique à coup sûr un état pathologique, un excès de mobilité peut inversement devenir à lui seul une source d'accidents.

Après avoir ainsi établi la situation de l'utérus et sa mobilité, le palper combiné permet d'apprécier sa consistance et son volume, que l'on exprimera soit en le comparant au volume qu'a l'utérus gravide à une période donnée de la gestation, soit en indiquant la distance qui sépare le fond de l'organe du bord supérieur de la symphyse.

Le palper combiné permet encore d'explorer les ligaments larges et les annexes. Pour cela, il suffit de placer le doigt vaginal dans un des culs-de-sac latéraux et de déprimer la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope du côté correspondant, essayant de saisir les annexes entre la main extérieure et les doigts vaginaux.

Pour atteindre plus facilement les annexes droites, il est bon de faire le toucher avec la main droite, pour les annexes gau-

simple de déprimer fortement avec deux doigts de la main gauche la fourchette et d'introduire directement le spéculum dans le vagin. On se gardera d'enfoncer le spéculum au hasard, comme le font trop souvent les débutants, mais on le conduira dans la direction qu'a assignée ce toucher, qui doit toujours avoir été préalablement pratiqué.

On pourra faciliter cette recherche du col en maintenant au centre de l'ouverture du spéculum le milieu de la rosace que forment les plis de la muqueuse vaginale, progressivement déplissée par l'introduction de l'instrument. Le col découvert, on le chargera, suivant l'expression consacrée, entre les deux valves et on complétera l'ouverture du spéculum jusqu'au degré jugé nécessaire, en faisant courir le curseur sur le pas de vis qui réunit les deux valves. Il faut éviter d'exagérer cette ouverture du spéculum ou tout au moins savoir qu'elle peut provoquer une éversion artificielle du col qu'il faut se garder de prendre pour un état pathologique.

Pour enlever le spéculum, on commencera par diminuer l'écartement des valves, sans cependant les fermer, de manière à éviter de pincer la muqueuse vaginale et à examiner les parois vaginales à mesure qu'elles se déroulent lentement sur son extrémité. On retirera alors le spéculum en lui faisant exécuter un mouvement inverse de celui qu'on lui a imprimé pour l'introduire.

Pour mettre en place le spéculum de Fergusson, il est nécessaire de déprimer fortement la fourchette, d'engager la pointe du bec en bas, évitant d'accrocher en haut la partie inférieure de l'urèthre ; on enfonce le spéculum dans la direction du col, en le faisant progresser par de petits mouvements de rotation. Le col découvert, on le charge en ayant soin d'orienter le spéculum de telle sorte que la partie saillante du bec de flûte, que représente son extrémité libre, réponde au cul-de-sac postérieur.

APPENDICE

Dans quelques cas l'examen gynécologique peut se compliquer

à cause de la nécessité dans laquelle se trouve le chirurgien d'employer une technique spéciale.

Anesthésie. — Le vaginisme, une contracture rebelle des muscles de la paroi abdominale, l'existence de lésions très douloureuses peuvent justifier l'emploi de l'anesthésie; de même certaines manœuvres d'exploration qui pourraient être douloureuses. Hegar y a fréquemment recours. Il saisit le col avec une pince, l'attire vers l'entrée du vagin, le fait maintenir par un aide, et, l'utérus étant ainsi abaissé, il étudie la mobilité des tumeurs et leurs relations avec l'utérus.

Nous croyons qu'en utilisant le palper bimanuel simple et la position élevée du bassin, on peut très bien se passer de toutes ces manœuvres compliquées et de l'anesthésie, d'autant que celle-ci a par elle-même une certaine gravité et qu'elle supprime tous les renseignements tirés de la constatation des états douloureux.

Position gauche latérale. — L'examen dans le décubitus latéro-abdominal gauche était autrefois très employé par les gynécologues américains. La femme est couchée sur le côté gauche sur un plan assez résistant. La tête est supportée par un coussin. Le thorax repose sur le plan de la table d'examen, le bras gauche pendant hors de la table. Les deux jambes sont fléchies, la droite amenée par-dessus la gauche et le bassin incliné vers la table de manière à faciliter la mobilisation de son contenu vers la paroi abdominale antérieure, ce qui permet au vagin de se distendre immédiatement dès que l'air y entre après rétraction de sa paroi postérieure obtenue par l'application d'une valve de Sims.

Cette position permet de bien examiner le vagin. Toutefois, lorsqu'il y a dans le pelvis des exsudats inflammatoires, l'utérus reste en place et le vagin se distend mal. C'est un mode d'examen assez peu employé en France.

Position debout. — La malade est adossée à un mur ou à un meuble; le chirurgien, après avoir mis le genou gauche à terre, appuyant le coude sur le genou droit demi-fléchi, pratique le toucher.

Ce mode d'examen est indiqué dans le cas bien spécial où on veut se rendre compte du degré d'un prolapsus, et notamment de l'efficacité d'un pessaire pour maintenir la réduction de ce prolapsus; elle permet aussi de constater le ballottement fœtal.

Position genu-pectorale. — La position genu-pectorale serait,

au dire de Kelly, la plus favorable pour examiner un vagin de vierge. Elle est très employée en Amérique. La malade est agenouillée sur une table, le tronc fortement incliné en bas et en avant, la tête tournée sur un des côtés au contact de la table, les seins aussi rapprochés de cette dernière que possible. Dans cette position le contenu du bassin tombe vers la paroi abdominale antérieure comme dans la position genu-pectorale, plus encore que dans cette dernière; aussi, dès qu'on entr'ouvre le vagin, l'air s'y précipite et le dilate, permettant ainsi au regard d'en explorer facilement les parois. Le même fait a lieu pour la vessie dès qu'un spéculum uréthral étant mis en place permet à l'air d'y pénétrer.

Hystéroscopie. — L'hystéroscopie a été surtout préconisée en France par Clado (1).

L'hystéroscope se compose :

1° D'un tube destiné à l'examen intra-utérin et disposé de façon à concentrer les rayons lumineux émanés d'un foyer générateur de lumière sur une surface quelconque de la muqueuse utérine ;

2° D'un photophore ou appareil producteur de lumière.

L'utérus est tout d'abord dilaté avec des laminaires; après dilatation, on introduit le tube hystéroscopique et l'on examine successivement les différents points de la cavité utérine, ce qui permettrait, dans un certain nombre de cas, de préciser le diagnostic.

---

(1) J. Proutière, *Contribution à l'étude de l'hystéroscopie*. Th. de Paris, 1898-1899, n° 69. Consulter encore Beuttner, *Centralb. f. Gyn.*, Leipzig, 1898, n° 22, p. 580.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PARTIELLE
ET OPÉRATION CÉSARIENNE (1)

Par MM. **Fochier** et **Commandeur**.

L'opération de Porro introduite dans la chirurgie obstétricale fut, à n'en pas douter, un progrès réel, et on ne saurait contester les services qu'elle a rendus. Complétant la césarienne, elle a permis de se mettre à l'abri des complications qui aggravent dans certains cas particuliers le pronostic de celle-ci et d'éviter des morts qui en auraient été souvent la conséquence. Il faut remarquer néanmoins que, bien que bénéficiant comme la césarienne des améliorations de l'antisepsie et de la technique, ses résultats n'ont pas suivi une amélioration parallèle de cette dernière. Dans ces dernières années, le remarquable essor de la chirurgie abdominale a fait de l'hystérectomie abdominale totale une opération relativement bénigne, et l'obstétrique n'a pas tardé à bénéficier des perfectionnements de cette dernière.

Les résultats de l'hystérectomie abdominale totale sont aujourd'hui si satisfaisants, les suites en sont ordinairement si simples qu'on tend de plus en plus à l'utiliser dans les cas où, il y a quelques années, l'opération de Porro semblait seule de mise.

Cette préférence est encore plus justifiée lorsque l'utérus est atteint de dégénérescence néoplasique et qu'on peut espérer obtenir par l'ablation totale de l'utérus la cure radicale de la tumeur. Elle se combine d'ailleurs admirablement à la section césarienne, et pour notre part nous n'avons pas hésité à y avoir recours chez une femme atteinte de cancer du col avec grossesse à terme, et dont nous allons d'abord rapporter l'histoire.

---

(1) Communication à la Société de chirurgie de Lyon.

Observation. — *Cancer du col utérin. — Grossesse près du terme. — Opération césarienne avant le début du travail. — Hystérectomie abdominale totale. — Résection de l'uretère droit englobé dans la tumeur. — Abouchement uretéro-vaginal. — Enfant vivant; mère en bonne voie de guérison.*

Mme Rose B... est une jeune femme de 28 ans, de santé robuste. Réglée à 12 ans, régulièrement; elle a déjà eu quatre accouchements : trois normaux, l'un au forceps, à 19, 20, 22 et 23 ans. Ces enfants sont morts en bas âge. Il y a cinq ans, deux fausses couches, l'une de deux mois, l'autre de deux mois et demi.

Elle se présente à la visite de la Maternité le 5 juin, parce qu'elle souffre de varices de la jambe droite. Sa grossesse est d'environ huit mois. Dernières règles le 10 octobre 1902. Celles-ci ont toujours été normales. Elle raconte que vers le sixième mois elle a eu quelques légères pertes rosées, parfois jaunâtres, sans caillots, pertes qui ont beaucoup diminué lorsqu'elle cessa le travail fatigant qu'elle faisait alors. Elle se plaint de quelques douleurs du ventre; depuis quelques mois elle a perdu l'appétit, éprouve du dégoût pour les aliments et a maigri de façon sensible.

Au palper, l'utérus est régulièrement développé, le fœtus vivant, en présentation et position régulière OIGA.

Au toucher, notre surprise fut extrême de sentir un col volumineux et dur donnant les sensations suivantes : la lèvre antérieure et la moitié gauche est très augmentée de volume et formée par un tissu lisse et régulier, très dur, donnant la sensation d une masse cartilagineuse; cette portion est doublée du côté de la cavité cervicale par une masse de consistance semblable, mais à surface mamelonnée. La lèvre postérieure est moins volumineuse, mais également très dure.

Ce n'est que dans une étendue très faible à gauche que le col présente le ramollissement normal de la grossesse, mais cette partie correspond à peine à un quart ou à un cinquième de la circonférence du col. Elle saigne très légèrement, et le doigt, retiré après le toucher, est légèrement teinté de sang. Ces signes ne sauraient permettre d'hésiter sur le diagnostic.

Il s'agit d'un cancer du col ayant envahi la presque totalité de l'organe et dont l'évolution a été presque latente, qu'elle n'a donné naissance à aucun symptôme caractérisé qui ait pu attirer l'attention de la malade.

La malade fut examinée par le professeur Fochier, qui confirma notre diagnostic. Il était évident qu'on ne pouvait songer à un accouchement spontané, ni même à une dilatation du col, et comme le terme était proche, l'opération césarienne était la seule opération rationnelle. Comme, d'autre part, la tumeur paraissait limitée au col, le vagin restant souple et les ligaments larges ne paraissant pas envahis, il fut convenu qu'on ferait suivre la césarienne de l'hystérectomie abdominale totale.

L'état se maintint sans modifications jusqu'au 11 juillet, date à laquelle le terme étant tout proche, l'opération fut pratiquée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale remontant au-dessus de l'ombilic et descendant très bas jusqu'au bord supérieur de la symphyse. Incision de l'utérus sur sa face antérieure On ne rencontre pas le placenta. Rupture des membranes avec le doigt. Saisie d'un pied et extraction facile d'un fœtus vivant de 2.800 grammes qui cria très vite. L'hémorragie est peu abondante. Néanmoins, pour économiser le sang, un tube élastique est jeté sur l'utérus. On pratiqua alors l'extirpation totale. Ligature des deux ligaments ronds et des deux pédicules utéro-ovariens.

La ligature de l'utérine gauche est facile. A droite on ne la perçoit que difficilement, et sa ligature demande quelque attention. On pénètre alors dans le vagin. L'ouverture des culs-de-sac antéro-postérieur et latéral gauche se fait sans difficulté. A droite, on voit que le néoplasme s'étend dans l'étage inférieur du ligament large. La section faite pour isoler l'utérus, ce point intéresse l'uretère droit qui est coupé transversalement et montre sa coupe cylindrique qui est manifestement dilatée au volume d'un gros porte-plume.

L'utérus extrait, on complète l'hémostase de quelques vaisseaux du ligament large et de la tranche vaginale. Le bord supérieur de l'uretère est alors suturé à la tranche vaginale de manière à créer une fistule urétéro-vaginale. Un Mikulicz est placé dans le petit bassin et vient sortir dans le vagin. Puis la paroi abdominale est complètement suturée.

Les *suites opératoires* furent simples. La température ne dépassa pas 38°,2. La mèche de Mikulicz fut enlevée le 9e jour, le sac du Mikulicz lui-même le 12e jour.

Actuellement, 12 jours après l'opération, la malade est en excellente voie de guérison. Les urines s'écoulent par le vagin.

La pièce extraite montre une infiltration du col dans une bonne moitié de sa hauteur, remontant plus haut encore à droite où la tumeur est le plus développée. En ce point, une certaine longueur de l'uretère, environ 2 à 3 centimètres, a été enlevée avec la tumeur dans laquelle elle est totalement englobée.

Sur les coupes microscopiques extemporanées que nous en avons faites, on trouve des îlots épithéliaux séparés par de larges lames conjonctives et épithéliales. Sur certains points des traînées épithéliales semblent gorger les espaces lymphatiques. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un carcinome du col.

Plusieurs points sont à noter dans cette observation. C'est d'abord l'allure torpide de la lésion se révélant à peine par quelques symptômes légers, puis la forme clinique de cancer dur, non ulcéré, térébrant, infiltré profondément, au point d'envahir l'uretère droit sans que rien cliniquement n'ait pu faire soupçonner une extension semblable. Cette forme clinique semble rare pendant la grossesse, où on observe surtout la forme végétante, bourgeonnante, très vasculaire et à marche rapide.

Les observations d'hystérectomie abdominale totale après l'opération césarienne pour cancer compliquant la grossesse ne sont pas très nombreuses dans la science. Cela tient d'une part à la rareté relative du cancer compliquant la grossesse et à la diversité des traitements employés. C'est ainsi que les chirurgiens allemands sont restés fidèles à l'hystérectomie vaginale et interviennent de très bonne heure dès que la tumeur est constatée. Si le fœtus est viable ou à terme, on l'extrait par une section césarienne vaginale, suivie d'hystérectomie vaginale. Néanmoins ils ne sont pas systématiquement opposés à l'extirpation par voie abdominale et la considèrent comme une intervention très acceptable. Tels sont Fritsch, Acconci, Michelini, Wagner, Olshausen. D'autres même, comme Kunchert, Podebinski, Morisani, font de l'hystérectomie abdominale le procédé de choix et conseillent la césarienne au voisinage du terme, suivie, si le cancer est seul enlevable, de l'ablation totale de l'utérus par le ventre.

Il est surprenant de voir Bosche en 1897, dans une thèse inspirée par le professeur Tarnier, s'élever contre l'ablation totale de l'utérus et même contre le Porro pour leur préférer la césarienne conservatrice. Ses statistiques diffèrent à l'excès d'autres plus récentes. En effet, d'après lui, l'hystérectomie totale donnerait 60 p. 100 de morts, la césarienne 9 p. 100 seulement. Or, en réunissant les statistiques de Bar et de Gailly, nous arrivons aux chiffres suivants :

Césarienne.	17	12 morts	70 p. 100
Porro	4	3 —	75 —
Hystérectomie . . .	16	6 —	37 —

Même en prenant pour base une statistique de Freund, rapportée par Michelini (18 cas 8 morts = 44 p. 100), l'avantage reste encore et de beaucoup à l'hystérectomie. Il peut, il est vrai, faire remarquer que nombre des cas de césariennes remontent à une période où le pourcentage général de celle-ci était encore très élevé, alors que les observations d'hystérectomie sont plus récentes et ont bénéficié des perfectionnements et de l'antisepsie et de la technique. Néanmoins, il semble que l'hystérectomie abdominale totale n'est pas plus grave que la césarienne et le Porro, et dans ces conditions on est absolument en droit de tenter la cure radicale de la tumeur. Dans ce cas, en effet, si on gagne, on gagne tout ; si on perd, on ne perd rien. Il est bien entendu que nous ne discutons ici que les cas où l'enfant est viable et où le cancer semble opérable. Nous ne voulons pas aborder le problème avant la viabilité, car cette question a déjà été discutée longuement à la Société de chirurgie il y a deux ans.

Pouvons-nous actuellement nous faire une idée des résultats éloignés de l'extirpation des cancers du col faite dans ces conditions ? Les faits sont trop peu nombreux et surtout ses résultats éloignés passés sous silence dans nombre d'observations. Si la récidive a eu lieu dans les cas de A. Polosson, Delanglade, Spencer-Wells, il en est d'autres, tels que ceux de Mackenrodt, de Freund, où elle ne s'était pas pr

duite longtemps après. L'hystérectomie abdominale totale présente de grandes chances de succès opératoires et peut être suivie d'une guérison longue, sinon définitive.

Donc, étant donné que la mortalité opératoire semble inférieure à celle de la césarienne et de Porro, on est en droit de donner aux malades ces chances de guérison, si faibles qu'elles soient.

Les avantages de l'hystérectomie abdominale totale après césarienne dans la grossesse compliquée de cancer du col sont donc incontestables. Mais c'est surtout dans les fibromes utérins que cette supériorité éclate, et cela de plus en plus, à mesure que les faits deviennent plus nombreux. L'expérience de ces dernières années a été particulièrement fructueuse, et le chemin parcouru est déjà grand depuis 1899, où le professeur Pinard disait au Congrès d'Amsterdam : « Nous ne pouvons, à l'heure actuelle, juger de la valeur de la laparo-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale, car les cas où cette opération a été pratiquée ne sont pas assez nombreux pour émettre une opinion en connaissance de cause. »

Déjà, en 1897, Maygrier avait montré la supériorité de l'hystérectomie sur la césarienne et le Porro et avait conclu qu'il était préférable d'enlever l'utérus après avoir enlevé l'enfant, bien que les cas d'hystérectomie abdominale totale fussent peu nombreux à cette époque.

Sa statistique se résumait ainsi :

Césarienne, mortalité.	50 p. 100.
Porro —	20 —
Hystérectomie totale, mortalité. . . .	0 —

Depuis lors, il n'y a plus qu'une voix pour proclamer la supériorité de celle-ci. C'est Delagénière, en 1900, qui déclare que le Porro est très inférieur à l'hystérectomie. Turner, dans sa thèse, Boursier, en 1901, font de celle-ci la méthode de choix ; de même Grosse, dans sa thèse de 1902.

L'ensemble des hystérectomies abdominales, totale ou sub-

totale, pour grossesse compliquée de fibrome que nous avons relevées jusqu'en 1902, s'élève à 50 avec 5 morts. De celles-ci, 2 sont dues à des embolies, 1 à une albuminurie grave. La mortalité globale est donc de 10 p. 100, c'est-à-dire moitié moins forte que celle du Porro. Sur ces 50 opérations, 16 ont été faites à terme avec 14 guérisons et 2 morts, soit 12 p. 100. La mortalité à terme n'est donc pas sensiblement supérieure à la mortalité avant terme. Sur ces 16 cas, 7 fois la césarienne n'a pas été pratiquée parce que l'enfant était mort, 9 fois la section césarienne a été faite avant l'hystérectomie totale avec une seule mort, soit 11 p. 100, c'est-à-dire que la section césarienne précédant l'ablation de l'utérus, n'aggrave nullement le pronostic de celle-ci. Cette dernière donnée est très importante à noter, car elle amène à cette conclusion qu'à moins d'avoir la main forcée par des accidents immédiatement menaçants, il ne faut pas se hâter d'intervenir avant la viabilité du fœtus. Les risques opératoires courus par la malade ne seront pas sensiblement plus grands au voisinage du terme qu'au début de la grossesse, et on aura l'avantage de ne pas sacrifier l'enfant. Dans beaucoup de cas d'ailleurs, ce sacrifice de la grossesse, pendant les premiers mois, a été bien involontaire, car fréquemment la grossesse avait été méconnue et, dans quelques cas même, au voisinage du terme. A ce point de vue, nous rappellerons les conclusions exprimées par Pinard dans la thèse de Méheut (1902), à savoir :

Que les accidents commandant l'intervention au cours de la grossesse sont rares, que ceux qui peuvent se produire au moment de l'accouchement ne peuvent être pris en considération pour décider d'une intervention au cours de la grossesse.

Tous les opérateurs, d'ailleurs, reconnaissent que l'hystérectomie abdominale totale ne présente pas de difficultés techniques plus grandes que hors l'état de gravidité. Certaines conditions même peuvent la faciliter, en particulier la mobilisation plus facile de l'organe et l'élongation du vagin

intense, les vaisseaux sont aussi plus apparents. La recherche des pédicules vasculaires et leur ligature se trouvent aussi facilitées.

Il semble donc établi que l'hystérectomie abdominale totale peut, dans le plus grand nombre des cas, être substituée à l'opération de Porro après la section césarienne. Elle s'impose toutes les fois qu'on peut faire bénéficier la malade de la suppression d'un néoplasme, qu'il s'agisse d'un cancer ou de fibrome. Dans le cas de cancer, elle doit évidemment toujours être totale. Pour les fibromes, on pourra, suivant les cas, la faire totale ou subtotale. Quelle que soit la méthode employée, la mortalité est sensiblement la même. La totale, il est vrai, est un peu plus longue, un peu plus complexe, expose davantage à la blessure de l'uretère et de la vessie, l'hémostase est parfois plus difficile, car la tranche vaginale peut saigner. Néanmoins, malgré ces quelques inconvénients, nous préférerions la totale à la subtotale pour les raisons suivantes :

Il est souvent difficile de préciser les insertions du vagin sur le col et les limites de celui-ci, à cause du ramollissement physiologique de la grossesse. La présence d'un fibrome à ce niveau peut rendre son exécution impossible. Le moignon peut être infecté au moment de l'opération et il y a alors intérêt à l'enlever. Enfin la persistance du moignon expose à la dégénérescence épithéliomateuse secondaire, comme le montrent les cas rapportés par Bouilly-Ricard, Zweifel, Shenk et Condamin.

Quant à la combinaison des deux opérations césarienne et hystérectomie, nous croyons qu'il faut, si l'enfant est mort, pratiquer l'ablation de l'utérus sans ouvrir celui-ci. Si, au contraire, l'enfant est vivant, il vaut mieux pratiquer d'abord la césarienne classique sans hémostase préalable. Il est dangereux de mettre d'abord en place le tube de caoutchouc, car la suppression de la circulation fait courir des risques de mort à l'enfant, comme le montre l'observation de

Delassus. Mieux vaut mener rapidement l'incision utérine et l'extraction de l'enfant ; la perte sanguine est alors très faible et la mise en place du tube de caoutchouc assure une hémostase rapide, après laquelle on peut se débarrasser du placenta et des membranes. Ce sera dès lors facile et commode de pratiquer, à l'abri du sang, l'extirpation de l'utérus et de ses annexes par l'un des procédés habituels, lequel peut varier suivant les cas et suivant les préférences du chirurgien.

Comme le conseille Pozzi, il est bon, pour opérer, de ne pas attendre tout à fait jusqu'au terme, pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail qui peut compliquer la situation, soit par suite de la souffrance de l'enfant, soit par ouverture de l'œuf et infection de sa cavité. Mieux vaut intervenir quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement. C'est la ligne de conduite que nous avons adoptée chez notre malade, et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Ainsi donc, actuellement, l'hystérectomie abdominale totale tend, avec raison, à se substituer presque complètement à l'opération de Porro, qui ne reste que comme une opération d'urgence ou de nécessité. Dans le cancer, elle reste réservée au cas où l'extension du néoplasme est telle que l'ablation totale des tissus malades obligerait à des dégâts extrêmes. Dans les fibromes, ces indications sont encore plus restreintes, et l'opération césarienne, au voisinage du terme, suivi de l'ablation reste incontestablement le procédé de choix, tant pour ses suites immédiates que ses résultats éloignés.



NOTES CLINIQUES SUR 82 CAS DE GROSSESSE TUBAIRE (1)

Par le docteur **C. Jacobs.**

En parcourant les observations relatives à 82 cas de grossesse tubaire que j'ai opérés soit par l'abdomen, soit par le vagin, il me paraît intéressant d'en déduire quelques considérations cliniques qui s'écartent peut-être quelque peu des descriptions classiques de la grossesse extra-utérine.

J'ai donc été amené à intervenir 82 fois, dont 17 opérations d'urgence, nécessitées par rupture de la trompe avec hémorragie intra-abdominale inquiétante.

65 opérations furent faites sans indication pressante, c'est-à-dire sans que la vie des malades fût en danger par le fait de l'interruption spontanée de la grossesse anormale.

Sur ces 65 opérations, 21 fois je rencontrai des traces d'hémorragie intra-abdominale.

56 de ces cas se sont présentés chez des pluripares — dont plusieurs avaient eu de 4 à 6 grossesses normales — 26 chez des nullipares. Chez ces dernières, 6 fois seulement dans les premiers mois qui suivirent le mariage.

Je remarque que sur les 17 opérations d'urgence, il y eut 11 nullipares, 6 pluripares.

L'âge de ces malades présente également un certain intérêt :

De 20 à 25 ans,	8 cas.	
25 à 30 »	19 »	
30 à 35 »	37 »	
35 à 40 »	16 »	
40 à 45 »	2 »	(1 à 42 ans, 1 à 45 ans).

---

(1) Communication à la Société belge de Gynécologie.

J'ai noté que dans 34 cas, la grossesse extra-utérine était implantée dans l'oviducte droit ; dans 48 cas, dans la trompe gauche. Je n'ai pas rencontré de grossesse ovarique.

L'époque de l'intervention, par rapport à la grossesse, présente la prédominance signalée généralement :

1	cas opéré	à terme (grossesse abdominale).
1	—	à 7 mois (enfant mort).
3	—	à 5-6 mois.
24	—	de 2 à 5 mois.
51	—	de 15 jours à 2 mois.

Tous les cas opérés d'urgence dataient de 15 jours à 1-2 mois.

Sur ces 82 malades, 31 étaient vierges de tout passé pathologique du côté génital ; 51 marquaient dans l'anamnèse des affections utérines et annexielles diverses, récentes et anciennes.

Je note, enfin, la coexistence de diverses tumeurs génitales :

1 cas de cancer du corps utérin au début.

9 » de kystes de l'ovaire : 3 cas de kystes situés du même côté (1 kyste sanguin, 2 kystes séreux) ; 6 cas de kystes séreux du côté opposé.

7 » de pyosalpinx du côté opposé.

3 » de fibromes utérins plus ou moins développés.

Je crois pouvoir déduire de l'ensemble de ces données :

1° La grossesse tubaire se présente le plus fréquemment de 30 à 35 ans, puis de 25 à 30, puis de 35 à 40 ans ;

2° Il y a prédominance de grossesse tubaire du côté gauche ;

3° Les pluripares semblent plus prédisposées que les nullipares ;

4° Dans plus de 50 p. 100 des cas, il y a affection utérine ou annexielle antérieure ;

5° La rupture de la trompe avec inondation péritonéale se présente dans les premières semaines de la grossesse extra-utérine ;

6° La coexistence de kyste de l'ovaire, de pyosalpinx, de fibromes, voire même de cancer, ne doit pas nous faire écarter la possibilité d'une grossesse tubaire.

Au point de vue opératoire, je me suis adressé 30 fois à la voie vaginale, 52 fois à la voie haute.

Dans 8 cas, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale ; dans 11 cas, l'hystérectomie abdominale, pour lésions annexielles bilatérales, tumeurs, etc.

L'opération a pu n'être que partielle dans 56 cas :

41	cas	d'ovaro-salpingectomie		abdominale.
15	»	»	»	vaginale.

Enfin, dans 7 cas, l'opération s'est limitée à l'ouverture du Douglas par le vagin, suivie du drainage.

Les résultats des interventions furent :

4 décès, 78 guérisons ;

1 décès s'est produit après une intervention vaginale (ovaro-salpingectomie) ;

2 décès après intervention abdominale ;

1 décès tardif dû à une méningite tuberculeuse.

J'ai eu l'occasion d'observer une récidive de grossesse tubaire avec hémorragie intra-abdominale, qui s'est produite à un an de distance, date pour date.

***

Dans tous ces cas de grossesse extra-utérine, je n'ai rencontré qu'une seule fois un enfant vivant ; la grossesse était à terme ; l'opération fut suivie de guérison avec enfant vivant. Il s'agissait d'un cas de grossesse abdominale que nous vîmes en consultation avec le professeur Pinard et le professeur Duret (Lille).

Dans toutes les autres observations, il y avait eu interruption prématurée de la grossesse avant l'intervention.

L'interruption de la grossesse doit être prise dans le sens

d'avortement ou mort de l'œuf fœtal. Lorsque survient l'avortement dans la grossesse utérine, les contractions du muscle utérin expulsent l'œuf au dehors. Que se passe-t-il dans l'avortement tubaire ?

Cet avortement est complet ou incomplet. Complet, lorsque les fibres musculaires de la trompe par leurs contractions parviennent à expulser l'œuf totalement par l'ostium abdominale. Cette expulsion s'accompagne généralement d'hémorragie, mais celle-ci n'est guère abondante et rarement présente des caractères alarmants.

Cet avortement complet est l'exception.

Généralement, il est et reste incomplet, soit que l'œuf fœtal, transformé en un caillot sanguin plus ou moins organisé, demeure intact dans la trompe, soit que les débris de l'œuf restent prisonniers dans l'oviducte. La plus grande fréquence de l'avortement incomplet s'explique par la profondeur de l'implantation de quelques villosités choriales.

L'avortement tubaire est dû, soit au détachement des insertions de l'œuf par de petites hémorragies répétées, soit aux contractions de la trompe dues aux hémorragies qui se répandent entre les fibres musculaires de l'organe.

*
* *

Dans les coupes pratiquées au niveau de l'implantation ovulaire, nous remarquons, après six semaines, une épaisse couche de cellules, formée de cellules de Langhans et de syncytium, disposée tout autour de l'ovule ; des villosités choriales sont en connexion intime avec elles par leurs extrémités. Du côté opposé se trouvent les fibres musculaires de la trompe. La prolifération de ces cellules ectoblastiques, ou *trophoblastes*, a été considérée comme pathologique. Remarquons immédiatement que cette même couche de cellules se rencontre dans la grossesse utérine. Notons encore qu'après sept à huit semaines ces cellules disparaissent.

Les agents actifs de destruction des tissus maternels sont

différencient en deux groupes : cellules de Langhans et syncytium. On ne rencontre plus ces cellules après six ou sept semaines.

Les villosités sont formées par projection de tissus du mésoblaste dans ces masses cellulaires, formant ainsi deux couches de cellules : l'interne, voisine du stroma mésoblastique (cellules de Langhans) ; l'externe, le syncytium. Après disparition des trophoblastes, le placenta ne peut plus grandir aux dépens des tissus maternels, mais uniquement par la partie de l'utérus formant le côté placentaire. Si quelques nouvelles villosités se forment encore après la sixième ou la septième semaine, elles se placeront dans les espaces intervillositaires, mais n'envahiront pas les tissus maternels.

Ce qui se passe dans la trompe est exactement ce qui se passe dans l'utérus.

La partie placentaire fœtale de la grossesse tubaire est exactement la même que dans la grossesse utérine. La prolifération des trophoblastes n'est pas pathologique. La pénétration anormale des villosités n'y est due qu'à une qualité inhérente aux conditions qui s'y trouvent et non aux trophoblastes tubaires. Ils pénètrent les tissus avec lesquels ils sont en contact ; dans l'utérus, c'est du tissu conjonctif ; dans la trompe, du tissu musculaire. Dans quelques cas, ils détruisent le tissu musculaire et même le tissu péritonéal sous-jacent.

Dans la rupture de l'oviducte renfermant l'ovule fécondé en voie d'accroissement, nous devons considérer les causes de rupture précoce — c'est-à-dire vers six à sept semaines — et celles de rupture tardive.

Les trophoblastes sont seuls agents de la rupture précoce. Ils peuvent se diriger vers les couches musculaires les plus superficielles, vers le péritoine et amener ainsi la rupture directe. Il y a alors ou non hémorragie, suivant que la déchirure donne ou non dans les espaces intervillositaires. Cette

ligament large. Je crois que très souvent l'hémorragie reste quelque temps sous-péritonéale ; dans tous les cas, la rupture du péritoine ne se produit que par surdistension de l'hématome sous-péritonéal. J'ai placé dans la collection de notre Société anatomo-pathologique deux pièces anatomiques qui plaident singulièrement pour cette hypothèse.

Les trophoblastes attaquant les parois vasculaires aussi bien que les tissus maternels, on peut aussi émettre l'idée que si une hémorragie sérieuse se produit à la suite de la destruction d'une partie de la paroi d'un vaisseau, la pression occasionnée par l'œuf peut être augmentée rapidement et amener aisément la rupture d'une partie de la paroi attaquée par les trophoblastes. Cette hypothèse s'appliquerait surtout aux cas dans lesquels on voit un jet artériel jaillir au niveau de la rupture tubaire.

La rupture de la trompe peut encore être mécanique, amenée directement ou indirectement, au début de la grossesse. Plus tard, les causes mécaniques sont seules en jeu. Les trophoblastes ont disparu et les villosités, une fois formées, n'ont plus aucune action destructive sur les tissus. Les parois de l'oviducte ont été amincies ; l'accroissement de l'œuf va les amincir encore, l'on conçoit qu'une cause mécanique quelconque a beau jeu pour amener la rupture.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 6 juillet 1903.

M. COUVELAIRE. — **Maladie kystique congénitale du poumon; Histogenèse des dégénérescences kystiques congénitales** (M. L. Guinon est nommé rapporteur.)

M. JEAN ROGER (d'Alexandrie). — **Hystérectomie abdominale totale pré-césarienne** (M. Champetier de Ribes est nommé rapporteur).

M. MONOD. — **Appendicite et grossesse.** — Je désire compléter la communication que j'ai faite dans une précédente séance en annonçant que la dernière de mes opérées au cours d'une grossesse, qui n'était pas encore délivrée lorsque j'ai pris la parole, est accouchée à terme le 23 juin dernier d'un bel enfant pesant 3 kilogrammes. J'ai revu, depuis, cette malade et j'ai pu constater que la cicatrice n'avait aucunement souffert des efforts d'expulsion.

M. OUI (de Lille). — **Difficultés de la succion chez un nouveau-né.** — Il s'agit d'un enfant né à terme, de parents sains, le 19 mars 1903.

Dès les premiers jours, la mère n'ayant pas de lait, l'enfant fut mis au sein d'une nourrice, et on ne tarda pas à s'apercevoir que, malgré une sécrétion lactée suffisante, et bien que le mamelon fût assez long, l'enfant ne prenait que difficilement une quantité de lait insuffisante. Le doigt introduit profondément dans la bouche provoquait des mouvements de succion qui ne se produisaient pas lorsque l'extrémité du doigt ne dépassait que très peu les arcades dentaires. Comme vice de conformation, on ne notait qu'une briè-

veté évidente du frein de la langue, dont la pointe ne pouvait pas être projetée en avant des rebords alvéolaires. Devant les difficultés de l'allaitement direct, nous résolûmes d'employer un bout de sein et, grâce à la tétine, l'enfant absorba une quantité de lait suffisante et son poids augmenta régulièrement.

Mais les tétées étaient restées longues, difficiles, l'enfant absorbait une certaine quantité d'air donnant lieu à du ballonnement stomacal avec éructations et troubles digestifs. Dans ces conditions, nous nous décidâmes à pratiquer la section du frein de la langue, qui fut faite le 7 mai. Cette petite opération se passa sans incidents, mais la situation n'en fut pas améliorée. En combinant l'emploi de la tétine avec l'expression du sein, on finit par arriver à obtenir, sans trop de difficulté, des tétées suffisantes, et le poids de l'enfant augmenta d'une façon régulière. La situation resta telle pendant 3 semaines à 1 mois, puis à plusieurs reprises on put, au cours d'une tétée, faire prendre directement le sein, le mamelon ayant été allongé fortement par les succions pratiquées d'abord par l'intermédiaire du bout de sein. A partir du 28 juin, l'enfant a enfin réussi à prendre le sein directement d'une façon absolument régulière. Ses troubles digestifs ont disparu, et cet enfant, qui pesait 2.800 grammes à sa naissance, pesait le 2 juillet 5.500 grammes.

Les difficultés que nous avons rencontrées pouvaient être attribuées en très grande partie à la brièveté du frein de la langue et c'est ce qui nous décida, après une longue attente, à pratiquer la section du frein. Cependant cette seule cause ne saurait être invoquée. Dès le début, en effet, la nécessité d'introduire profondément le doigt ou d'avoir recours à une longue tétine pour déterminer les mouvements de succion pouvait faire penser que l'excitation déterminante du réflexe devait être portée très près de la base de la langue. Les résultats consécutifs de l'opération montrent bien que la brièveté du frein n'a joué qu'un rôle accessoire et que très probablement le point de départ du réflexe de succion s'est déplacé à mesure que l'enfant avançait en âge. Cette modification se serait produite en sens inverse de celle observée par M. Pinard dans le cas qu'il a rapporté et qui s'est accompagnée de modifications pathologiques progressives du système nerveux central.

M. Lepage. — L'observation de M. Oui vient à l'appui du fait que j'ai relaté dans la dernière séance, d'un nouveau-né qui n'a pu se mettre à téter que plusieurs jours après la naissance ; de plus,

l'observation de M. Oui montre que le pronostic, pour les enfants chez lesquels on n'obtient le mouvement de succion qu'en excitant un point rapproché de la base de la langue, n'est pas toujours aussi grave que l'a indiqué M. Pinard.

M. Pinard. — Les faits qu'ont rapportés MM. Lepage et Oui n'ont que de l'analogie avec le cas observé par M. Le Gendre et avec ceux dont j'ai parlé et dans lesquels j'ai pu constater que la zone qui était le point de départ du réflexe de la succion allait en s'éloignant progressivement de la pointe de la langue.

M. Champetier de Ribes. — Il est important, au point de vue du pronostic, de mettre à part les cas dans lesquels la zone de succion recule progressivement : ce sont ceux-là qui comportent un pronostic presque fatal.

M. Témoin (de Bourges). — **Tumeur de la région coccygienne chez un enfant âgé de 3 mois. Opération. Guérison.**

M. Ed. Schwartz. — **Deux observations, l'une de fibrome sous-muqueux de l'utérus en voie de mortification, l'autre d'épithélioma cylindrique du corps de l'utérus. Diagnostic et traitement.** — Je viens d'observer presque simultanément et d'opérer d'un côté un fibrome utérin en voie de sphacèle, d'un autre côté un épithélioma du corps et de la cavité utérine.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ces deux faits observés chez des femmes à peu près du même âge, se manifestant par des symptômes analogues, tout en présentant des différences sur lesquelles nous devons insister.

La ménopause ne s'était jamais établie chez la première, atteinte de fibromes ; les règles avaient continué abondantes et irrégulières, sous forme de pertes, jusqu'au jour où s'installa un écoulement brunâtre odorant, sans détérioration de l'état général. A noter des contractions utérines, bien indiquées par la malade, ressemblant à celles d'un accouchement qu'on trouve souvent relatées dans les cas de fibromes sous-muqueux de la cavité utérine.

Tout en songeant à la possibilité d'un néoplasme, nous penchions plutôt vers le fibrome en désagrégation sphacélique et l'examen histologique des fragments éliminés par le col ne fit qu'accentuer notre conviction.

Chez la seconde femme, la ménopause était établie depuis

deux ans quand les pertes recommencèrent ; certes, les signes physiques objectifs étaient à peu près les mêmes, mais le fait capital qui vint confirmer notre diagnostic fut l'examen de fragments éliminés du col, qui étaient franchement constitués par de l'épithélioma cylindrique.

L'envahissement des annexes nous était annoncé par l'augmentation de volume de celles du côté gauche, nettement constatable par le toucher, étant donné que nous savons que souvent, dans l'épithélioma du corps, trompes et ovaires sont envahis par le néoplasme.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de discuter longuement l'intervention dans notre deuxième observation. Du moment qu'il s'agissait de néoplasme du corps, l'hystérectomie totale s'imposait, puisque aucune contre-indication ne se présentait. Nous l'avons faite abdominale, parce que nous sommes de ceux qui ont abandonné depuis longtemps déjà la voie vaginale, persuadés que la voie haute nous renseigne beaucoup mieux que la voix basse, nous permet d'enlever largement, plus largement le mal et nous donne toute sécurité au point de vue des suites. Les annexes ont été enlevées avec l'utérus. N'eussent-elles pas semblé malades, que la même conduite eût été tenue, d'abord parce que cette femme avait dépassé l'âge de la ménopause, ensuite parce qu'il est avéré que le cancer du corps atteint presque toujours ovaires et trompes, et qu'ici, comme pour tout cancer, l ablation la plus large s'impose.

L'intervention, dans notre premier cas, pouvait plutôt offrir matière à discussion. Il s'agissait d'un utérus infecté par une tumeur en voie de sphacèle. La femme, ayant dépassé largement l'âge de la ménopause, il n'y avait pas lieu de songer à une hystérectomie avec énucléation, que je considère comme bien plus grave immédiatement, et il n'y avait à hésiter qu'entre l'hystérectomie vaginale ou l'abdominale.

J'avoue, malgré mes préférences très nettes pour la dernière, avoir été perplexe, mais le fait que les lavages intra-utérins ont fait disparaître rapidement toute odeur, que j'ai pu immédiatement avant l'intervention irriguer la cavité utérine avec l'eau oxygénée pure, qu'enfin j'avais quelque arrière-pensée sur la possibilité d'une greffe néoplasique, tout cela, dis-je, m'a poussé à suivre la voie haute et à pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Je l'ai faite subtotale, après avoir bien fermé la cavité utérine

juge utile un drainage, l'ouverture large du Douglas est facile à faire et donne toute sécurité.

MM. S. Pozzi et N. Bender. — **Recherches sur l'état du sang dans les kystes de l'ovaire.** — Depuis quelques années l'examen du sang a pris, en chirurgie, une importance considérable. Des travaux relativement nombreux ont été publiés sur ce sujet et ont montré que, dans des circonstances déterminées, l'étude du sang pouvait fournir des renseignements précieux concernant le diagnostic et le pronostic.

Ces résultats ont été consignés dans les thèses récentes de *Silhol* et de *David*.

Nous nous sommes proposés d'appliquer cette méthode de recherches à la gynécologie et de déterminer la manière dont réagit le milieu sanguin vis-à-vis des processus inflammatoires ou néoplasiques qui peuvent intéresser le tractus génital de la femme.

Nous présentons aujourd'hui à la Société le résultat de nos premières recherches, consacrées à l'étude hématologique des kystes de l'ovaire. On s'accorde, en effet, à admettre que les signes cliniques ne permettent pas toujours de présumer de la nature bénigne ou maligne d'un kyste de l'ovaire. Lorsqu'on constate une tumeur mal limitée, irrégulière et bosselée, adhérente aux parois pelviennes, accompagnée d'un épanchement ascitique plus ou moins abondant, on a tout lieu de croire à une tumeur maligne. Mais, assez souvent, on trouve une tumeur bien limitée, mobile. d'apparence bénigne, et l'opération nous montre un kyste dégénéré dans lequel l'examen histologique révèle des lésions nettement cancéreuses.

Nous basant sur les travaux de *MM. Hayem et Alexandre* (1), qui observèrent dans les cancers une leucocytose manifeste, sur les travaux plus récents de *MM. Hartmann et Silhol* (2), qui, dans le cancer de l'estomac, rencontrèrent une formule hématologique « qui ne les a jamais trompés », nous nous sommes demandés si la dégénérescence maligne des kystes ovariques ne pouvait pas être mise en évidence par l'examen du sang.

Cette étude n'est, d'ailleurs, pas absolument nouvelle, et

---

(1) Alexandre, Thèse de Paris, 1887.
(2) *Société de Chirurgie*, janvier 1901.

W. Kopp (1), élève de Hofmeier, a précisément consacré sa thèse à l'étude de la « leucocytose dans les tumeurs de l'ovaire ».

Les résultats obtenus par cet auteur ne sont pas des plus encourageants.

Ses recherches ont porté sur 15 kystes de l'ovaire qui se décomposent ainsi :

1° Kystes uniloculaires ou multiloculaires sans aucun caractère de malignité ;

2° Kystes dermoïdes, dont un suppuré ;

3° Kystes mucoïdes atteints de dégénérescence manifeste.

L'examen du sang fournit les résultats suivants :

Dans les trois cas de kystes dégénérés, il y avait : deux fois une leucocytose marquée avec diminution du nombre des globules rouges, une fois une leucocytose modérée.

Parmi les 10 kystes reconnus bénins, 6 s'accompagnèrent d'une leucocytose assez abondante.

Sur les deux cas de kyste dermoïde, on rencontra une fois une leucocytose marquée. Il faut ajouter que ce kyste était suppuré.

Kopp tire de ses recherches les conclusions suivantes :

L'existence d'une leucocytose ne donne pas de renseignements sur la nature bénigne ou maligne d'un kyste de l'ovaire. On constate toujours une leucocytose lorsque le kyste existe depuis longtemps et que son volume détermine des troubles de compression, particulièrement des troubles respiratoires.

Donc, si l'on s'en rapporte à Kopp, l'examen du sang, dans les kystes de l'ovaire, ne donnerait que des résultats inconstants, sans valeur pour le clinicien.

Mais nous ne pouvons admettre, sans les discuter, les conclusions de l'auteur allemand. Nous lui ferons deux sortes d'objections :

1° Ses recherches n'ont pas été conduites avec une technique suffisamment précise. C'est ainsi que la numération des globules à l'aide de l'hématomètre n'a été pratiquée que dans 7 cas. Dans les autres cas, M. Kopp s'est borné à faire des préparations sèches et à déterminer, par un simple examen, la proportion plus ou moins considérable des globules blancs et rouges. Jamais l'auteur n'a étudié la formule leucocytaire, si importante à connaître et cependant il rappelle, dans son travail, l'opinion émise par *Klein* :

---

(1) W. Kopp, Thèse de Vürtzbourg, 1894.

que le cancer détermine une augmentation du nombre des leucocytes polynucléaires neutrophiles en dehors même de toute leucocytose;

2° En second lieu, nous reprocherons à *M. Kopp* de n'avoir envisagé dans son étude que la seule leucocytose. Il n'a point attaché d'importance à la numération des globules rouges, bien qu'il ressorte de la lecture de ses propres observations que le nombre des globules rouges est très variable suivant que le kyste est bénin ou malin.

Il nous a donc semblé que la question n'était pas absolument résolue et que des recherches nouvelles étaient justifiées.

Nous avons employé, dans ces recherches, une technique très précise, de manière à réduire au minimum les causes d'erreur. Ces numérations ont toujours été faites par le même observateur avec le même appareil, l'hématomètre de Malassez, et dans des conditions identiques, c'est-à-dire le matin, les malades étant à jeun. On sait,en effet, que la digestion s'accompagne toujours d'une leucocytose plus ou moins abondante, suffisante en tous cas pour fausser les résultats obtenus.

Les préparations de sang sec étaient fixées, les unes à l'alcool-éther et colorées par l'hématéine-éosine, les autres fixées par la méthode de Dominici (vapeurs osmiques, iodo-chlorure hydrargyrique), et colorées à l'éosine-bleu de méthylène.

Nous avons employé cette méthode de recherches dans 22 *cas* qui se décomposent ainsi :

2 kystes parovariques.
2 kystes uniloculaires.
6 kystes multiloculaires.
2 kystes végétants sans dégénérescence maligne.
2 kystes avec dégénérescence cancéreuse manifeste.
5 kystes avec dégénérescence cancéreuse et métastases.
1 kyste avec dégénérescence sarcomateuse.
1 kyste mixte, mucoïde et dermoïde.
2 kystes mucoïdes avec dégénérescence maligne.

Nous ne reproduirons pas, dans notre communication, les chiffres obtenus au cours de ces divers examens. Nous en donnerons seulement les résultats généraux.

Ces résultats peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

Dans les kystes uni ou multiloculaires simples non végétants, le nombre des globules rouges est normal; le nombre des leucocytes est très habituellement normal, mais lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs très volumineuses, dont l'existence remonte à plusieurs années, on peut observer une leucocytose légère.

Les kystes végétants, principalement les kystes papillaires, peuvent s'accompagner d'une leucocytose, même en l'absence de toute dégénérescence maligne; mais alors le nombre des globules rouges reste normal.

Dans les kystes dégénérés, histologiquement malins, avec ou sans métastases, il y a toujours diminution des globules rouges, souvent anémie intense avec une leucocytose pouvant atteindre 16 ou 20.000 leucocytes.

L'étude de la formule leucocytaire montre le plus souvent une formule normale ou voisine de la normale dans les leucocytoses qui accompagnent les kystes bénins. Dans les leucocytoses dues à des kystes dégénérés, à marche envahissante, on trouve toujours une augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles.

Ces résultats ont été *presque* constants, nous disons presque, parce qu'à cette règle nous avons trouvé deux exceptions :

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme atteinte depuis de longs mois d'un kyste de l'ovaire, qui avait acquis des dimensions véritablement énormes. La malade était amaigrie, très anémiée; l'examen du sang nous montra 3.200.000 G. R. et 16.500 leucocytes. Ces constatations semblaient indiquer l'existence d'une tumeur maligne, et cependant rien, à l'examen histologique, ne nous permit de confirmer ce diagnostic.

Dans le second cas, il s'agissait d'une malade qui présentait un kyste dépassant un peu le volume d'une tête d'adulte, bosselé, parsemé de parties indurées, accompagné d'une ascite très manifeste. Nous nous attendions à rencontrer une famille hématologique de kyste malin et, à notre grande surprise, l'examen donna les résultats suivants :

G. R., 4.470.000.
G. B. 12.800.

L'examen du sang semblait exclure la possibilité d'une tumeur maligne, et cependant, à l'examen histologique, on put reconnaître que les nodosités qui parsemaient la paroi du kyste étaient constituées par du *tissu sarcomateux pur*.

Mais nous ferons remarquer, à propos de ce cas, que, dans le *sarcome*, le nombre des globules rouges reste parfois normal. *Milian*, en particulier, a publié un cas de sarcome dans lequel il observa plus de 5 millions de globules rouges quelques jours avant la mort (1). Nous ne pouvions pas soupçonner cette dégénérescence sarcomateuse ; ces cas sont certainement exceptionnels et peuvent être négligés dans la pratique.

Il nous reste donc, sur 23 cas, un seul cas où le procédé a été trouvé en défaut et nous a fait croire à tort à l'existence d'une tumeur maligne. Cela n'enlève rien à la valeur de la méthode ; nous n'avons pas la prétention d'attribuer à l'examen du sang une valeur de certitude absolue. Nous disons seulement que c'est un signe de plus, et non pas négligeable, à ajouter aux autres signes cliniques. Il les complète et peut rendre de grands services, dans bien des cas, lorsque le diagnostic est hésitant. L'étude de la leucocytose seule ne permet pas de conclure. Sur ce point nous sommes d'accord avec *Kopp*, mais il est illogique de ne prendre en considération que l'un des éléments figurés du sang. Ce qui importe, au contraire, c'est étudier les variations relatives des globules blancs et des globules rouges.

Dans ces conditions, l'examen du sang donne des résultats véritablement utiles, à condition de ne pas vouloir en faire une méthode absolument infaillible.

Nos recherches nous permettent d'arriver aux conclusions suivantes :

1° L'examen du sang permet, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître la nature bénigne ou maligne d'un kyste de l'ovaire ;

2° Lorsque, avec un chiffre normal de globules rouges, on trouve une proportion de leucocytes allant de 6 à 8.000, il s'agit d'un kyste bénin ;

3° La constatation d'une leucocytose modérée avec un chiffre de globules rouges normal, ou voisin de la normale, ne permet pas d'affirmer la nature maligne d'un kyste ovarique. Cette leucocytose s'observe assez souvent dans les kystes volumineux. Elle est constante dans le cas de suppuration du kyste ;

4° La constatation d'une diminution des globules rouges, coïnci-

(1) *Soc. anat.*, 1900.

dant avec une leucocytose variant de 12 à 20.000 globules blancs, doit faire songer à une dégénérescence maligne. Ce qui importe, en somme, c'est la constatation d'une anémie, bien plutôt que la constatation d'une leucocytose. Cela confirme bien les idées déjà anciennes, que l'anémie précoce est une caractéristique des cancers. Les méthodes récentes ne permettent de rien ajouter à cela. Il n'y a pas de formules leucocytaire du cancer. Il serait inutile de perdre du temps à compter les diverses variétés des leucocytes, une simple numération de globules rouges et de globules blancs est absolument suffisante. On peut y joindre avec avantage le dosage de l'hémoglobine;

5° Enfin, l'examen du sang peut donner des indications précieuses au point de vue du pronostie opératoire. Deux de nos malades, qui présentaient une leucocytose marquée avec une diminution considérable du nombre des globules rouges, ont succombé rapidement après l'opération, sans qu'aucun accident d'infection ait pu être incriminé. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une malade atteinte d'un kyste double des ovaires avec dégénérescence maligne. Le second cas se rapporte à un énorme kyste multiloculaire, sans malignité histologique; c'est dans ce dernier cas que la formule hématologique nous avait fait croire à un kyste malin.

M. S. Pozzi. — **Présentation d'une pièce de grossesse extra-utérine à côté d'un utérus fibromateux.** — Le fœtus, qui était depuis longtemps déjà en liberté dans le cul-de-sac de Douglas, était atteint de nombreuses malformations.

M. Pinard. — Dans trois cas de grossesse extra-utérine menée systématiquement à terme ou près du terme, j'ai constaté les faits suivants : deux fois l'enfant fut extrait du sac; une seule fois il présentait des malformations qui étaient légères et disparurent vite. Dans le troisième cas, l'enfant était ectopique, au milieu des intestins. Les malformations, étaient considérables. L'enfant mourut peu après. C'est dans les cas où l'enfant n'a plus la protection du liquide amniotique et de la poche constituée par le kyste fœtal que les malformations deviennent très accusées.

M. L. Guinon. — **Deux ans de prophylaxie et d'antisepsie médicale dans un service de l'hôpital Trousseau.**

REVUE ANALYTIQUE

L'hématocèle péri-utérine. J. Bouglé. *Arch. génér. de méd.*. mars 1903, p. 537. — Étude essentiellement clinique et pratique que l'auteur termine par ces brèves conclusions au sujet du traitement : « Il existe d'abord un certain nombre de petites hématocèles rétro-utérines qui guérissent toutes seules, sans le secours du médecin, encore moins du chirurgien, par le simple repos au lit pendant quelques jours. S'agit-il d'une hématocèle rétro-utérine peu volumineuse, bien circonscrite, l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, l'évacuation des caillots et le large drainage à l'aide d'un gros tube de caoutchouc en croix, assurent à peu de frais une guérison rapide et définitive. Toutefois, si on pense avoir affaire à la forme à poussées multiples, si la malade est sur le point d'avoir ses règles, il y a lieu à surseoir et de voir comment se comportera l'épanchement pendant cette période ; on évitera ainsi les hémorragies graves consécutives à l'incision vaginale, qui ont nécessité la laparotomie immédiate. La voie vaginale est encore le procédé de choix quand on soupçonne l'hématocèle d'être suppurée. En dehors de ces cas, et en réalité pour le plus grand nombre des hématocèles, l'intervention la meilleure, parce qu'elle est la plus complète, est la laparotomie. Elle s'impose et doit être pratiquée sur-le-champ lorsqu'on se trouve en présence de l'inondation péritonéale. »

R. L.

Du purpura hémorragique durant la grossesse, notes cliniques et recherches (Sulla porpora emorragica in gravidanza, etc.). E. Ferroni. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 1, p. 30. — L'auteur résume son étude soigneuse, basée sur des documents personnels cliniques et expérimentaux, ainsi que sur l'utilisation des faits antérieurs recueillis dans la littérature médicale de la façon suivante : « Le purpura est une complication rare de la grossesse, surtout le purpura idiopathique. En général, les gestantes

atteintes de purpura ne sont pas très jeunes ; d'ordinaire, elles sont pluripares et n'ont pas présenté d'accidents pathologiques dignes d'être retenus dans les grossesses antérieures ou dans les époques voisines de l'apparition de la maladie.

« Le purpura peut apparaître à toute époque de la grossesse — le plus souvent du 6e au 7e mois. L'ensemble clinique — abstraction faite de certaines particularités individuelles, ou inhérentes à la gravité de l'affection — est caractéristique. Dans les cas qui nous occupent particulièrement, on ne constate aucune lésion primitive. Dans les divers appareils organiques, c'est à peine si au plein de la maladie on relève des altérations du sang, plus ou moins notables, portant sur le nombre des globules et la richesse en hémoglobine. Cultures du sang, de l'urine, restèrent négatives, et rien ne vint démontrer la nature infectieuse de la maladie. La grossesse, à cause des modifications variées, tant générales que locales, qu'elle entraîne, peut-elle provoquer l'apparition du purpura et comment? La question vaut qu'on s'en occupe, mais elle reste non résolue. La grossesse concomitante aggrave le processus, sa marche, son pronostic ; il est rare qu'il s'améliore tant que la gestation se poursuit. D'ordinaire, le purpura cause l'interruption de la grossesse, et à n'importe quelle époque.

Rarement la gestation arrive à terme.

Le plus souvent l'accouchement est spontané, non rarement imprévu et rapide. La délivrance peut s'accompagner ou être suivie à délai plus ou moins long d'hémorragie, parfois intense. Il faut rechercher les causes de l'interruption de la grossesse dans les conditions pathologiques spéciales ayant rapport avec le processus morbide et qui intéressent tant l'organisme maternel que l'utérus gravide et son contenu. Les fœtus mis au monde sont à peu près du volume qui correspond à leur âge, près de la moitié sont mort-nés et un certain nombre macérés. Des fœtus nés vivants, quelques-uns meurent après la naissance. Toutefois, la mort du fœtus survient presque toujours avant le début du travail, elle est la conséquence de causes directes et indirectes en rapport avec la pathogénie et l'évolution du purpura.

Le pronostic pour la mère est très grave : dans la plupart des cas la mort survient tout de suite après la délivrance ou peu après, le plus souvent dans les premières 48 heures. La mortalité est plus élevée quand la grossesse est interrompue du 5e au 8e mois ; elle

constant entre le moment de l'issue funeste et la durée de la maladie. Le pronostic est moins sévère lorsque le purpura apparaît vers la fin de la grossesse et quand, à son apparition, la grossesse s'interrompt spontanément. Jamais, d'après les faits connus, femme n'est morte en cours de grossesse, la mort a toujours suivi l'accouchement. Les constatations macro et microscopiques, faites sur le cadavre, ne diffèrent pas de celles faites sur les femmes tuées par le purpura non compliqué de grossesse (petites et multiples hémorragies à sièges très variés ; processus dégénératifs dans certains organes, lésions vasculaires, etc.). Aucune altération spéciale paraissant appartenir en propre au purpura.

Rien non plus de particulier du côté des éléments du placenta fœtal. Sauf quelques cas, très rares, dans lesquels le fœtus peut présenter quelques modifications cliniques ou anatomiques rappelant celles de la mère; en général, rien ne permet de conclure à la transmission de la maladie de la mère au fœtus.

Dans quelques cas seulement, le traitement opposé aux affections de ce genre se montra plus ou moins efficace. Quant à l'interruption de la grossesse, qu'il est impossible d'envisager comme améliorant toujours le pronostic, elle peut, en certain cas, être bien indiquée. L'essentiel est de bien apprécier les conditions particuculières du cas à traiter (conditions générales de la femme, durée et marche de la maladie, état du fœtus, époque de la grossesse, résultat du traitement médical, etc.).

R. L.

Cancer utérin. Son traitement par la Finsen-lumière et par les Rœntgen-rayons combinés. G. Hopkins. *Philadelphia med. J.*, février 1903, p. 354. — L'emploi combiné contre le cancer utérin de la photothérapie et des rayons X serait réellement avantageuse. A cause de leur grand pouvoir de pénétration, les rayons Rœntgen doivent être employés avec beaucoup de précaution, particulièrement dans les cas de récidive où l'hystérectomie a été faite. L'expérience a montré qu'une exposition d'une heure à la Finsen-lumière et de 5 minutes aux rayons X est convenable. De bons résultats ont été ainsi obtenus et sans aucun effet fâcheux. (Suit une description minutieuse du dispositif utilisé et de la technique suivie.)

R. L.

CHÉ et CH. FOUQUET. *La Gynécologie*, février 1903, p. 1. — On observe assez fréquemment chez des femmes, soit à l'occasion de troubles fonctionnels, soit à l'occasion de maladies de l'appareil utéro-ovarien des déterminations cutanées multiples (colorations rappelant le masque de la grossesse, éphélides, vitiligo, hyperchromies variées, etc.). En sorte qu'il y aurait à côté des mélanodermies : *a*) *rénale*, *b*) *hépatique* (Gilbert et Lereboullet), etc., la mélanodermie *c*) *génitale*. La pathogénie de ces pigmentations reste obscure. Effet d'actions réflexes ayant leur origine dans l'appareil utéro-ovarien troublé dans son fonctionnement ou réellement altéré, ou bien conséquence de perturbations survenues dans la sécrétion interne de l'ovaire (quantité, qualité, utilisation défectueuse).

Les auteurs étudient successivement, avec observations à l'appui, les modalités suivantes : 1° pigmentation dans les troubles fonctionnels de la menstruation ; 2° pigmentation dans les affections utéro-ovariennes ; 3° pigmentations pouvant être rapportées à une origine génitale au cours d'affections indépendantes du système utéro-ovarien (chlorose, maladie de Raynaud, acromégalie, ostéomalacie). En ce qui concerne le *traitement*, il faut agir localement et, de plus, essayer d'agir sur la cause, c'est-à-dire combattre les désordres fonctionnels ou autres ayant leur siège dans l'appareil utéro-ovarien.

Traitement local. — Suivant Besnier, pour faire disparaître le chloasma, les taches de rousseur, appliquer le soir de la pommade suivante : onguent de Vigo et vaseline ââ-15 grammes, sur une mousseline qu'on recouvre de taffetas gommé. Le matin, nettoyer la peau à l'eau chaude et, pendant le jour, appliquer la pommade :

Carbonate de bismuth. . . .	ââ 10 grammes.
Kaolin.	
Vaseline.	40 grammes.

Traitement général, le plus important. — La difficulté consiste surtout à dégager la cause. Au cas d'aménorrhée accidentelle (froid, etc.), favoriser le retour régulier des règles. S'il y a dysménorrhée mécanique, par déviation utérine, par exemple, réduire la déviation. Constate-t-on une affection inflammatoire des annexes, un fibrome de l'utérus, un kyste de l'ovaire, agir, médica-

lement ou chirurgicalement, suivant les indications. Enfin, dans les cas où les pigmentations anormales paraissent d'origine utéro-ovarienne bien qu'au cours d'affection indépendante, primitivement au moins, de l'appareil génital, pourra-t-on recourir à l'opothérapie ovarienne? R. L.

Des parotidites consécutives aux opérations sur l'appareil génital de la femme. — Le Dentu. *Archives générales de médecine*, mars 1903, p. 721. — Complication très rare, signalée, pour la première fois, par Bantock, en 1878. Pathogénie encore discutée ; la plus vraisemblable serait la suivante : dans les cas où il y a infection primitive, cette infection primitive agirait de deux façons : 1° en rendant les microbes habituels de la cavité buccale plus virulents ; 2° en faisant de la parotide un lieu de moindre résistance, par des altérations préalables, celles-ci se réalisant en somme rarement, puisque le nombre des parotidites est très restreint relativement à celui des infections générales. Enfin, dans les cas où l'opération ne révèle aucun foyer septique, ce qui fut le cas chez la malade observée par Le Dentu, il faudrait admettre que l'infection est venue de la bouche, ou que la malade était *en état d'infection latente*. En ce qui concerne *le traitement*, il doit être chirurgical et précoce : *inciser sans attendre la suppuration*, la parotidite ayant la marche d'un phlegmon diffus et aboutissant très rapidement, en raison des conditions anatomiques spéciales à la région, à la gangrène. Les *recherches bactériologiques* démontrèrent la présence dans le liquide sanguino-purulent obtenu de la glande parotide incisée chez la malade de M. Le Dentu, du staphylocoque doré et d'une variété de streptocoque. R. L.

Terminaisons nerveuses des organes génitaux de la femme. D. Pasquale Sfameni. *Monitore zoologico Italiano*, anno XII, n° 11, Firenze, 1902.

La description des terminaisons nerveuses des organes génitaux externes de la femme de Sfameni se rapproche beaucoup de celle aujourd'hui classique de Dogiel. L'auteur italien interprète seulement les corpuscules terminaux des nerfs génitaux comme de véritables ganglions nerveux, opinion qu'il développera, dit-il, dans un autre travail.

P. Lecène.

Traitement sous-péritonéal du pédicule dans l'ovariotomie. PASQUALE SFAMENI. *Rendiconti della Societa Toscana di ginecol. et ostetrica*, marzo 1903.

P. Sfameni rapporte un certain nombre de cas d'ablation de kystes de l'ovaire où il a employé un procédé un peu spécial d'enfouissement sous-péritonéal du pédicule après ligature. Au lieu d'enfouir ce pédicule sous un surjet séro-séreux, ce qui est aujourd'hui le procédé à peu près généralement adopté en France, l'auteur italien dissèque une sorte de manchette autour des vaisseaux du pédicule, lie ceux-ci et recouvre ensuite la surface des sections vasculaires au moyen de sa manchette péritonéale. C'est au fond la méthode de la collerette séro-musculaire, décrite par Kocher pour l'appendicite à froid. Le procédé recommandé par Sfameni nous semble ne présenter aucun avantage sérieux sur la technique généralement suivie à Paris. L'important est de recouvrir la surface cruentée de péritoine, le meilleur moyen sera le plus simple.

P. LECÈNE.

Un cas de rétroversion de l'utérus gravide au troisième mois, ANSALONI, *Annales médico-chirurgicales du Centre*, février 1903, p. 25. — Vers le troisième mois d'une troisième grossesse, chez une femme âgée de 27 ans, on constata que des accidents graves (rétention d'urine, douleurs abdominales vives, développement anormal du ventre et *albuminurie* considérable) étaient causés par une rétroversion complète de l'utérus gravide. Rétro-déviation qui put être réduite après deux séances de tentatives de reposition : dans la première, la malade, étant placée dans la position génu-pectorale, on se borna, avec la main introduite dans le vagin, à refouler patiemment et doucement en haut l'utérus, manœuvres qui amenèrent une réduction partielle. Mais la déviation s'étant complètement reproduite peu après, dans la deuxième séance les mêmes manœuvres furent recommencées, et leur effet soutenu par l'application d'un gros ballon de Champetier, dans lequel on injecta, successivement, 125 grammes de liquide à deux reprises. Il fut convenu que le *ballon resterait 24 heures en place, à moins qu'il ne survînt des contractions et des douleurs utérines*. Le ballon fut retiré après ce laps de temps, et tout de suite la miction se fit spontanément, après quoi il fut aisé de constater que l'utérus se trouvait ramené en

bonne position, où il resta jusqu'à la fin de la grossesse. Celle-ci évolua d'ailleurs régulièrement; et, fait notable, *l'albuminurie, dès le lendemain, diminua considérablement* et disparut totalement en l'absence de tout régime spécial.

L'auteur marque particulièrement : 1° l'albumine, qui fut incontestablement, dans ce cas, effet de la déviation utérine; 2° *le traitement* employé. A son avis, il faut avant tout tenter la réduction par les manœuvres de douceur, et, en cas d'échec de ces manœuvres, être prêt à faire *la laparotomie* qui, ainsi que le démontrent nombre d'observations, permet de lever les obstacles éventuels à la réduction (faits de Guignard, de Schwartz), plutôt que procéder à l'avortement. R. L.

Six opérations césariennes avec considérations sur la position respective de l'opération de Sanger (césarienne moderne) et de l'opération de Porro (Sechs Kaiserschnitte, nebst Bemerkungen über die Stellang der Sänger'schen Operation zu der Porro'schen). Prof. E. Essen-Möller. *Nord. med. Arch*, 1903. Afd. 1 (Kirurgi). Häft 2, n° 8.

L'auteur a fait la césarienne à la Sänger 6 fois pour les raisons suivantes : 1° *myome de l'utérus* obstruant la filière génitale. Double succès, mère et enfant sauvés; 2° *tumeur du col de l'utérus*; double succès; 3° *bassin cyphotique*, double succès; 4° *bassin scolio-rachitique*, double succès; 5° *bassin généralement rétréci*, double succès; 6° *excès de volume du fœtus*, double succès.

Ses observations rapportées et soumises à une analyse soigneuse, il entreprend la parallèle des deux opérations concurrentes : *a)* césarienne moderne (1) et opération de Porro, utilisant pour ce parallèle des statistiques aussi comparables que possible, c'est-à-dire

(1) A propos de la technique opératoire, et sur le point spécial de la suture appliquée au traitement de l'incision utérine, l'auteur cite un passage d'un travail suédois, dans lequel un de ses compatriotes, Netzel, aurait, dès 1875, soit 7 années avant le travail de Sänger, noté formellement l'utilité de la suture utérine : « *Qu'une suture exacte de la plaie utérine soit tout à fait désirable, rien n'est plus évident ; d'autre part, il n'existe aucune raison de penser que les sutures laissées dans la paroi utérine puissent avoir des inconvénients capables de contre-balancer leur utilité. Aussi, j'ai la conviction que non seulement ces sutures doivent être maintenant employées, mais que c'est une faute de ne pas y recourir* », etc.

R. L.

des séries de faits provenant de Maternités, de milieux dans lesquels les conditions générales de l'intervention sont relativement les mêmes, des séries d'opérations exécutées ou tout au moins dirigées par le même opérateur, etc. D'autre part, il s'est efforcé : 1° de bien connaître les résultats immédiats de l'opération de Sänger et de l'opération de Porro ; 2° de rechercher comment, chez les femmes ayant subi la césarienne conservatrice, les choses se sont passées dans les grossesses et les accouchements ultérieurs. Relativement à la *mortalité*, il s'occupe successivement, sous le contrôle d'une critique soigneuse des faits, de la mortalité globale et de la mortalité réduite. En terminant, il fait le résumé suivant de son travail. « Nos investigations nous ont montré qu'à considérer la *mortalité* dite *réduite* de l'opération de Sänger et de l'opération de Porro, la première donne un chiffre à peine un peu plus élevé que la seconde (4,5 p. 100 contre 4 p. 100). La principale raison de cette différence fut l'infection. A juger d'après les relations des opérations, il ressort nettement que dans quelques-uns de ces cas l'infection se fit pendant l'opération, mais que pour d'autres elle était antérieure à l'intervention, qu'en conséquence ces derniers étaient peu justiciables de cette opération conservatrice. Aussi, si l'on peut supprimer l'infection, la césarienne classique donne des résultats opératoires immédiats excellents, aucunement inférieurs à ceux de l'opération de Porro (résultats obtenus par Zweifel, Olshausen et Chrobak).

« La césarienne conservatrice permet une nouvelle conception.

« Dans quelques cas, pendant une nouvelle grossesse, survient un amincissement de la cicatrice, qui, parfois, peut aller jusqu'à la rupture. Ce danger est un défaut de l'opération de Sänger, qui néanmoins peut être évité par une suture très exacte de la plaie dans la première opération, et qui d'ailleurs n'entraîna la mort que deux fois sur le grand nombre de faits arrivés à ma connaissance. La césarienne répétée ne crée aux malades aucun danger, et même les adhérences, qui existent souvent, permettent, éventuellement, de faire que la nouvelle opération reste extra-péritonéale. Aussi, comme la césarienne classique ne le cède ni en sécurité ni en résultat à l'autre opération, mérite-t-elle d'être retenue comme méthode opératoire normale, et ne doit-elle être remplacée par l'opération de Porro que dans des cas particuliers, où elle est nettement contre-indiquée. ». R. L.

Quelques rares cas de déchirure de la matrice avec considérations spéciales sur le mécanisme de la déchirure (Einige seltenere Fälle von, Gebärmutterzerreissung mit besonderer Berücksichtigung der Mechanik der Zerreissung). KNAUER, *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Hft. 6, p. 1279.

Travail à l'occasion d'un cas de déchirure de l'utérus, rare par son étiologie, sa disposition anatomique, son mécanisme. Il fut observé chez une femme de 41 ans, IIIpare, les deux premiers accouchements ayant été normaux. Cette femme fut transportée à l'hôpital dans un état très grave (météorisme abdominal, pouls rapide) ; l'utérus était très distendu ; on sentait, malgré le météorisme, un sillon au niveau de l'anneau de contraction, le col était dilaté ; la tête, coiffée d'une bosse séro-sanguine, était en position transverse au détroit supérieur, les eaux étaient écoulées ; enfin, on avait l'impression qu'il y avait au moins *imminence de rupture*. Toutefois, l'exploration qui, à cause de l'état grave de la malade, fut succincte, ne révéla aucune condition anatomique locale, particulière, pouvant faire croire à une rupture utérine accomplie. On fit la craniotomie, qui fut aisée et qui permit d'extraire un enfant qui, matière cérébrale non comprise, pesait 3.700 grammes. *L'exploration manuelle, pratiquée immédiatement après, permit de constater, indépendamment d'un amincissement extraordinaire du segment inférieur de l'utérus, l'intégrité complète de la surface interne de l'organe*, aucune lésion traumatique appréciable. Mais, à côté et en avant de l'utérus, il y avait, dans le ligament large gauche, une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, de consistance molle, qu'on tint pour un hématome survenu *sub partu*.

Or, la femme étant morte de péritonite au 5e jour, l'autopsie permit de découvrir des particularités intéressantes : le ventre ouvert, on trouva dans le cul-de-sac vésico-utérin du sang épanché ; puis, près du point où elle devient adhérente à l'utérus, une déchirure transversale de la séreuse, au-dessous de la séreuse un hématome volumineux qui avait diffusé dans le tissu cellulaire sous-séreux jusqu'au rein, jusqu'à la rate, etc. *Mais la condition anatomique la plus curieuse consistait dans l'existence, à droite, vers la cavité cotyloïde, dans le petit bassin, d'une masse de ganglions tuberculeux, caséeux, longue de 8 centimètres et demi, épaisse de 4 à 5 centimètres.*

D'autre part, à un examen ultérieur et minutieux de l'utérus,

on constata sur le côté gauche de l'organe une déchirure, longitudinale, descendant jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'orifice externe et se prolongeant en haut un peu sur la musculeuse du corps utérin. Cette déchirure ne communiquait pas avec la cavité utérine, c'est-à-dire qu'elle paraissait avoir commencé à la face externe de l'utérus, s'être étendue en profondeur, mais en laissant encore une mince épaisseur de la paroi utérine, laquelle, en raison de sa minceur, avait permis probablement l'envahissement de l'hématome par des germes infectieux, d'où la péritonite qui emporta la malade.

Suivant l'auteur, la cause première de la rupture a été la masse tuberculeuse intra-pelvienne, qui créa un obstacle à l'accouchement, par suite la distension excessive de la zone extensible de l'utérus, avec compression plus forte à gauche par la tête fœtale repoussée de ce côté de la paroi utérine, qui céda de dehors en dedans. Puis, du fait de la déchirure, il y eut hémorragie, formation de l'hématome, diffusion du sang qui commença par décoller et soulever la partie lâche de la séreuse utéro-vésicale; enfin, la distension augmentant, et peut-être aussi sous l'influence du trauma produit au cours de la craniotomie et de l'extraction de l'enfant, la séreuse finit par céder dans la région où elle devient adhérente à l'utérus.

Telles sont les particularités les plus intéressantes de ce fait rare, à l'occasion duquel l'auteur a recherché les quelques observations analogues, et insisté plus particulièrement sur l'action rupturante qu'exercent les distensions rapides de l'utérus (hydramnios, tympanite utérine, etc.) et plus spécialement les distensions causées par les hémorragies intra-utérines dues au décollement prématuré du placenta.

R. L.

Opération césarienne d'urgence et embryotomie dans le cas de rétrécissement pelvien d'origine rachitique. Boquel, *Archives médicales d'Angers*, 1903, n° 9, p. 413.

Fort de sa pratique personnelle et des succès que lui a procurés la césarienne dite *de nécessité* même dans des cas où la longueur du travail, des tentatives antérieures étaient bien de nature à faire craindre une infection déjà accomplie, où diverses conditions indiquaient que l'enfant était en état de souffrance, l'auteur, ennemi décidé de l'embryotomie, schématise sa conduite dans

de bâtonnet pour prendre une forme fusiforme. Le diamètre transversal augmentant, il devient ovale et ensuite arrondi. Il peut prendre d'autres formes irrégulières.

Quelle que soit sa forme, le noyau grossit et peut prendre de telles dimensions, qu'il devient un véritable noyau géant.

La présence de cellules à noyaux multiples et les nombreuses figures de division indiquent suffisamment la nature maligne de la tumeur.

Le corps de la cellule subit aussi des transformations; comme les noyaux géants, il peut atteindre des dimensions colossales, en gardant le plus longtemps possible sa forme allongée.

Plus le processus de dégénérescence est accentué, plus les éléments cellulaires sont nombreux, et vu les nombreuses figures de division et les cellules à noyaux multiples, et leur multiplication plus intense.

Quand la dégénérescence est moins prononcée, les éléments décrits se disposent par régions de différentes dimensions, séparées par une petite quantité de tissu conjonctif.

Plus tard, le tissu conjonctif est détruit et on ne voit que des cellules.

Il n'y a pas de démarcation nette entre le tissu dégénéré et le tissu sain. Le processus de dégénérescence se fait d'une façon atypique.

Les vaisseaux subissent aussi des modifications. Les cellules de la tunique musculaire disparaissent pour être remplacées par les cellules de la néoformation. Les parois subissent souvent la dégénérescence hyaline.

Dilatation et amincissement du vaisseau est un phénomène habituel.

Quant aux six autres cas, ils devraient, d'après l'auteur, constituer un groupe à part des tumeurs à type musculaire. Elles diffèrent des précédentes par leur bénignité relative et par quelques particularités fines de structure. Trois de ces tumeurs ont été enregistrées comme sarcomes.

La tumeur dans toutes ses parties est construite sur le même type: tissu musculaire jeune.

Les cellules sont fusiformes, ovales ou même arrondies, disposées l'une à côté de l'autre, à noyaux courts et ovales ou tout à fait ronds.

A première vue, en effet, il est facile de les prendre pour des cel-

lules du tissu conjonctif, mais toute une série de données démontre leur vrai nature.

Les figures de division et les cellules à noyaux multiples se voient ici en petit nombre.

La paroi musculaire des vaisseaux est remplacée par des cellules musculaires jeunes, analogues à celles de la tumeur.

La limite de la tumeur et du tissu sain est bien tranchée.

Dans ces tumeurs, on rencontre des cavités de différentes dimensions qui donnent parfois l'impression de véritables kystes.

Il est probable que les tumeurs décrites par Terrillon, Léopold et Fehling sous le nom de lymphosarcome se rapportent à cette catégorie de tumeurs.

Résumé. — 1° Les myomes malins sont décrits pour la plupart sous le nom de sarcomes ou de myomes simples.

2° Le myome malin est caractérisé cliniquement par sa malignité : il récidive rapidement et donne des métastases.

3° L'origine du développement du myome malin est la cellule musculaire, qui, en dégénérant, subit toute une série de modifications qui la font ressembler à la fin aux éléments sarcomateux.

4° Les particularités qui caractérisent le myome malin sont l'extrême variété de formes cellulaires (polymorphisme), la présence des cellules à noyaux multiples et les nombreuses figures de division.

5° Le myome malin se développe le plus souvent secondairement à la suite des myomes ou plus rarement des fibro-myomes.

6° Les tumeurs, formées sur le type de tissu musculaire jeune, et considérées par certains auteurs comme de nature sarcomateuse et par d'autres comme des myomes bénins, sont suspectes par suite de leur développement rapide et de leur tendance à se transformer en myome malin. Docteur Rechtsamer.

L'infarctus blanc du placenta (Der weisse Infarct der Placenta).
Histchmann et Lindenthal. *Archiv. f. Gyn.*, Bd. 69, Hft 3, p. 610.

Après une revue rapide des principaux travaux relatifs à la question des infarctus blancs du placenta et des opinions multiples et diverses émises à ce sujet, les auteurs exposent leur manière de voir, basée sur l'examen de nombreux placentas, et plus particulièrement sur l'examen de placentas dans lesquels cette espèce d'altération était à l'état d'ébauche, l'ancienneté et

[illegible] de la filiation [illegible]

[illegible] infarctus [illegible] constater [illegible] volumineux [illegible] fréquents [illegible] jeunes [illegible]

on peut, à la vérité, constater sur presque toute le surface périphérique un revêtement épithélial; toutefois, sur une toute petite place, cet épithélium fait défaut. Il semblerait donc qu'en ce point, le stroma villeux dût être tout à fait à découvert; point du tout. A ce niveau, remplaçant l'épithelium perdu, se rencontrent des dépôts petits, granuleux, très variables de forme. Les petits sont semi-sphériques; en s'accroissant, ils s'allongent, affectent des formes bizarres. Ils se colorent fortement par l'éosine. Dans les petits dépôts, on ne peut constater de structure plus définie. C'est toujours la même substance finement granuleuse, bien connue comme précipité du sang. Dans les dépôts plus considérables, il y a aussi un réseau fibrineux. Par apposition de nouveaux dépôts, les premiers deviennent de plus en plus considérables et finissent par gagner les villosités voisines : l'épithélium avec lequel ils entrent en contact périt. Le même phénomène se répète dans des directions diverses, en sorte que des zones de plus en plus étendues sont couvertes par les matières précipitées du sang. De ce fait, surviennent des troubles circulatoires et, par suite, dans des points où il était conservé, la modification de l'épithélium, parce que cet épithélium est nourri, non par les vaisseaux fœtaux, mais bien par le sang de l'espace intervilleux.

Tout point dépouillé de son épithélium constitue un nouveau centre de précipitation du sang. Cela conduit à de nouvelles destructions d'épithélium et, par suite, à d'autres dépôts, et ainsi *l'infarctus grossit de plus en plus et englobe dans son évolution tous les tissus qui se rencontrent dans le placenta*, villosités, caduque, sang de l'espace intervilleux.

Il y a donc dans l'infarctus, par sa nature même, par son mode de production, une tendance à l'accroissement. Nous connaissons les phénomènes analogues dans les thromboses des vaisseaux; seulement, ici, l'épithélium joue le rôle de l'endothélium, et les villosités plongent dans le sang maternel.

La première précipitation qui se fait du sang est une substance finement granuleuse, qui, dans la formation de thrombus, est tout d'abord précipitée, qui même fréquemment constitue tout le thrombus. Cette substance granuleuse devrait son existence à des hématoblastes agglutinés (Conglutinatio d'Eberth). Ultérieurement, survient une coagulation du sang, qui donne lieu à un réseau filamenteux et qui emprisonne des globules sanguins rouges et

blancs. L'abondance de cette fibrine filamenteuse varie beaucoup, de presque rien à des masses considérables. Elle se montre tantôt sous forme de fins filaments, tantôt sous forme de paquets épais, et souvent on peut la voir, particulièrement dans les infarctus anciens, se condenser en larges faisceaux hyalins. Dans cette masse, des leucocytes sanguins emprisonnés se désagrègent rapidement et doivent par la mise en liberté d'un ferment concourir à une formation plus grande de fibrine. Dès que la destruction de l'épithélium des villosités a atteint un certain degré, le réseau capillaire sanguin immédiatement sous-jacent à l'épithélium s'atrophie, le stroma souffre par nutrition insuffisante, les noyaux disparaissent lentement, les troncs vasculaires sont souvent au début turgescents avant de s'effacer, jusqu'à ce qu'enfin le stroma prend un aspect homogène, ne rappelle plus son origine que par sa forme.

En d'autres cas, les métamorphoses régressives paraissent prendre une marche inverse : progressivement, effacement de la structure du tissu du stroma, sa dégénérescence hyaline, puis désintégration de l'épithélium, des noyaux, et coagulation avec précipitation des matières constitutives du sang, etc.

Chronologie dans l'ordre des phénomènes. — Quelles sont les altérations primitives, celles du sang ou celles de l'épithélium des villosités ?

Il nous a paru le plus probable, parce que l'épithélium des villosités puise ses éléments de nutrition dans le sang de l'espace intervilleux, que la cause première des altérations doit résider dans le sang, que pour une raison quelconque, et il en existe de fréquentes, il survient de la *stase sanguine*, et que de ce fait la nutrition de l'épithélium souffre. Mais, d'un autre côté, la mort de l'épithélium n'est pas sans influer sur le sang à ce niveau. C'est ainsi que se produisent les premières altérations, qui forment le noyau initial de l'infarctus, infarctus qui peut s'arrêter là ! Mais, souvent, le processus progresse, et l'infarctus croît. R. L.

Le soi-disant infarctus blanc du placenta (Der sogenannante weisse Infarkt der Placenta). G. SCHICKELE, *Zeit. f. Gyn.*, 1903, n° 37, p. 1107.

L'auteur expose qu'il a fait sur cette question de nombreuses recherches et se félicite d'être arrivé à des résultats absolument

superposables à ceux des précédents auteurs, Hitschmann et Lindenthal. Il existe des processus de dégénérescence dans le cycle d'un processus physiologique. Les *infarctus* en sont des exemples. On peut observer sur presque tout placenta, à tel ou tel stade de son développement, des troubles de la circulation dans les espaces intervilleux, avec participation secondaire des villosités et de la caduque. Les troubles de la circulation, les effets du ralentissement du cours du sang, de la stase sanguine, les dépôts sanguins, voilà les phénomènes initiaux; vient ensuite leur retentissement sur l'épithélium villeux, sur la caduque elle-même, etc. En sorte que l'expression *Noyaux fibrineux* serait préférable à celle d'infarctus, au moins pour les formations de cette espèce plus volumineuses, à condition de se souvenir qu'elles résultent de masses sanguines organisées avec participation *secondaire* dans ce processus d'organisation des éléments anatomiques avoisinants.

R. L.

Angiome du placenta (Angiom der Placenta). E. KRAUS. *Archiv. f. Gyn.*, 1903, Bd L, Hft 1, p. 53.

L'auteur a pu étudier six spécimens de cette maladie, relativement rare, du placenta : deux pièces déjà anciennes qui étaient conservées, et quatre autres provenant de femmes, dont il a pu suivre l'observation. Voici un de ces faits :

OBS. V. — ... 38 ans, Ipare, entre, en travail, dans la salle d'accouchements, le 2 mars 1903. A toujours été bien portante. Dernières règles, fin juin. Dans l'urine, *une forte proportion d'albumine*. Fœtus en présentation des pieds. Après la rupture des membranes, procidence d'un pied ; en même temps prolapsus d'une anse du cordon. A cause de ce prolapsus du cordon, extraction rapide de l'enfant ; le placenta sort en même temps ; le cœur de l'enfant ne bat pas ; le fœtus n'est pas à terme, placenta compris, il pèse 2.400 grammes. Le crâne est irrégulièrement conformé ; on constate une légère hémiatrophie faciale.

Placenta. — Dimensions 13 à 14 centimètres. Bord très épais. Cotylédons bien développés. A l'examen *macroscopique*, pas d'altérations notables ni sur la face fœtale, ni sur la face maternelle du placenta. Cordon long de 47 centimètres ; insertion vélamgnteuse.

Une coupe du placenta conduite perpendiculairement à la surface et par son milieu met à découvert, sur les deux faces de la section, immédiatement au-dessous du chorion, deux tumeurs sphériques de la grosseur d'une noisette, qui, à première vue, par leur aspect, leur consistance spongieuse semblent être des hématomes. Ce n'est qu'après durcissement de la pièce dans l'alcool que s'accusent les caractères des tumeurs (reflet lardacé, disposition rayonnée). Ces tumeurs, sans connexions solides avec le tissu environnant, se laissent facilement énucléer.

trophiés avec hypertrophie du tissu connectif, modifications que j'inclinais à apprécier comme un stade précoce de la néoformation vasculaire, ainsi que, suivant Virchow et Ribbert, il y aurait, dans l'angiome du foie, antérieurement à la néoformatipn vasculaire, développement anormal de la substance connective.

Dans ces tumeurs, la plupart du temps le tissu connectif est pauvre en noyaux, œdémateux, lâche, rappelant par endroits le tissu muqueux. Mais de vrai tissu muqueux, contrairement à l'assertion de divers auteurs, nous n'en trouvâmes jamais.

Dans mes observations, *le parenchyme de la tumeur est représenté par des capillaires qui, de lumière variable, contiennent dans leurs parois, la plupart du temps, des noyaux endothéliaux remarquablement volumineux; dans le cas V, il est en partie formé par des espaces sanguins qui, par leur disposition, rappellent la structure d'un corps caverneux.*

En quelles portions du placenta la néoformation vasculaire s'opère-t-elle? De l'examen minutieux des altérations histologiques, il reste indiscutable que les altérations anatomiques, que ces néoformations vasculaires ont pour siège les villosités (tiges principales ou jeunes ramifications villeuses). En ce qui concerne l'*étiologie* de ces tumeurs, on en est encore à des suppositions : *a*) troubles de la circulation ; *b*) rapports avec d'autres états pathologiques souvent associés, albuminurie, hydramnios; *c*) altération primitive de villosités; *d*) implantation irrégulière de villosités, etc. On a émis l'opinion que ces altérations vasculaires pouvaient être sous la dépendance de l'infection syphilitique, produisant une implantation défectueuse des villosités. Mais les nombreux examens négatifs, au point de vue des formations angiomateuses, de placentas provenant de mères syphilitiques, ruinent cette hypothèse. Quant *au moment* de leur production, *elle peut se produire à n'importe quel stade de la placentation.*

Influence sur le produit de conception. — Dans la plupart des cas, la vie du fœtus est compromise. Dienst note une proportion de 33 p. 100 de mort-nés, et, de plus, il a constaté que nombre d'enfants nés vivants avaient succombé peu après la naissance. Il n'existe que quelques rapports nécropsiques (Steinbuchel, Dienst, Merttens) ; mais, déjà, ils établissent que le plus souvent la mort est l'effet de perturbations profondes dans la circulation fœtale. Les modifications les plus graves du fœtus furent précisément

ment constatées dans les cas où les portions du placenta annihilées du fait de la tumeur pour la nutrition du fœtus étaient les plus étendues, d'où il suit que : *le dommage subi par le fœtus comme conséquence de la maladie placentaire est essentiellement un trouble de la nutrition.*

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Notes d'obstétrique (2e série). Audebert (J.). Toulouse, 1903. Créder, éditeur.

Petite brochure qui contient un certain nombre de faits cliniques intéressants et instructifs : morsures profondes de la langue chez une éclamptique, etc. ; mamelle dorsale surnuméraire ; grave hémorragie gastro-intestinale chez un nouveau-né, guérie par le sérum gélatiné ; placenta incrusté ; un cas de *fœtus compressus ;* un cas de môle hydatiforme ; monstre spirelien.

Curriculum vitæ. F. La Torre. Rome, 1903.

Atmokausis et Zestaukosis. Du traitement par la vapeur d'eau sous haute pression en gynécologie. L. Pincus. Wiesbaden, 1903. Bergmann, édit.

Dès 1899, dans un article intitulé *De l'emploi de la vapeur d'eau en gynécologie et en obstétrique* (1), nous avons tout particulièrement mis en relief la part prépondérante qu'avait prise L. Pincus à l'édification et à la vulgarisation de cette méthode de traitement. Depuis, l'auteur a persévéré dans ses efforts et, par l'ouvrage actuel, dans la préface duquel on lit ces belles paroles : « nous voulons aider, secourir les femmes malades, atteintes d'hémorragies, les préserver de l'infirmité et de la décrépitude physique, les conserver à leur famille et à l'Etat, voilà notre bel et laborieux objectif. La femme bien portante est la richesse de la nation ! »,

---

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, mai 1899, p. 388.

il a complété son œuvre et répondu, bien que tardivement, mais par simple souci de l'éprouver d'abord au contrôle du temps, à la vive curiosité qu'on avait de la bien connaître. En effet, l'ouvrage fournira au lecteur qui s'intéresse particulièrement à la question tous les renseignements désirables : genèse, évolution, appareil instrumental pour l'atmokausis et la zestaukosis; technique; recherches expérimentales relatives à la technique instrumentale; données techniques et expérimentales relatives à la technique dans l'application; anatomie clinique de l'atmokausis et la zestokausis, indications et contre-indications, etc.; atmokausis et zestokausis en chirurgie et en rhinologie.

R. L.

Abdominales méconnues; les déséquilibrées du ventre sans ptose, thérapeutique pathogénique. A. Montennis. Paris, 1903, Baillière et fils.

L'antique formule *tota mulier in utero* devrait être élargie et devenir *tota mulier in abdomine.*

L'auteur est en effet convaincu que des troubles dans les fonctions abdominales, qu'en particulier l'*hypertension* portale (pléthore abdominale des anciens), sont à l'origine d'états pathologiques de la femme, dont la nature, l'origine réelle sont trop souvent méconnues. Etudier donc le rôle que joue l'abdomen dans la genèse d'affections considérées à tort comme d'ordre exclusivement gynécologique, montrer que la femme est souvent déséquilibrée du ventre sans être ptosique, et indiquer les applications thérapeutiques (par l'utilisation surtout des agents naturels et physiques : air, soleil, lumière, eau, régime, etc.) journalières qui découlent de ces notions pathogéniques, tel est le but multiple visé par l'auteur. R. L.

Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. H. Fresson, 1902. Steinheil, éditeur.

L'auteur a été conduit à faire ce travail: 1° par deux faits d'hystérectomie pour inversion utérine dont il fut témoin ; 2° par l'observation de la production d'une inversion utérine dans plusieurs cas d'hystérotomie pour abduction de fibromes interstitiels, inversions qui furent dans ces cas favorisées par les larges incisions utérines latérales pratiquées dans ces interventions; 3° par l'idée,

réalisée avec succès dans un cas personnel en 1900, d'utiliser ces incisions dans la cure de l'inversion utérine.

Les conclusions générales de ce travail sont :

« En présence d'un cas quelconque d'inversion utérine, il conviendra avant tout de tenter la réduction. Les procédés seront employés dans l'ordre suivant:

« 1° Que l'inversion soit aiguë ou chronique, tenter d'abord la réduction manuelle sans instrument ;

« 2° En cas d'insuccès, recourir alors aux incisions cervicales bilatérales : *a*) dans tous les cas d'inversions aiguës; *b*) dans les cas d'inversion utérine chronique incomplète chaque fois que l'on pourra constater la présence d'un anneau jouant le rôle d'étranglement ;

« 3° Dans les autres cas, pratiquer la colpo-hystérotomie postérieure ;

« 4° Ne jamais pratiquer d'emblée l'hystérectomie vaginale pour irréductibilité si l'on peut tenter l'opération précédente ;

« 5° L'hystérectomie vaginale n'est admissible d'emblée, comme traitement de l'inversion, que dans les cas rares d'hémorragies incoercibles, d'infection, ou enfin lorsque l'utérus, par des lésions, ne peut ni subir désormais la réduction, ni remplir son rôle physiologique ;

« 6° Le procédé d'hystérectomie qui semble être le plus rapide et le plus avantageux est l'hystérectomie par hémisection médiane. »

R. L.

Adeno-Myome des Uterus. Th. S. Cullen. Berlin, Hirschwald, éditeurs, 1903.

Dans ce travail destiné au Festschrift du Jubilé du professeur J. Orth, Cullen étudie, à l'aide des documents recueillis au John Hopkin's Hospital, les adéno-myomes de l'utérus. Cullen fait un historique complet de la question, qui a été pour la première fois exposée par v. Retklinghausen en 1796 ; Cullen entreprend ensuite la description histologique de ses pièces personnelles, trace le tableau clinique des adéno-myomes de l'utérus, et indique le traitement qu'on doit leur appliquer. Il termine en étudiant les adéno-myomes du ligament rond et expose son idée personnelle sur l'origine des adéno-myomes. L'ensemble du travail est des plus

intéressants ; des figures nombreuses et claires en rendent la lecture plus facile.

P. Lecène.

Ueber die Missbildungen von ektopisch entwickelten Früchten und deren Ursachen, von Fr.-V. Winckel. Wiesbaden, 1902, Bergmann.

Dans cette monographie, ornée de 9 planches hors texte, V. Winckel étudie l'état des fœtus développés dans un sac de grossesse ectopique ; son étude est basée sur 73 cas empruntés à différents auteurs et 14 observations personnelles. Il conclut que dans au moins la moitié des cas, les fœtus ectopiques sont atteints de difformités ; ce sont surtout les extrémités qui sont le siège de malformations ; d'abord la tête (3/4 des cas), puis le bassin et les membres inférieurs (50 p. 100). Plus rarement les membres supérieurs, le tronc, l'abdomen et les organes génitaux. Il n'existe pas seulement des difformités tenant à des compressions anormales (enfoncements, contractures), mais aussi de véritables maladies, comme l'hydrocéphalie, l'encéphalocèle, le spina bifida et l'omphalocèle. On a invoqué comme cause de ces malformations les compressions anormales auxquelles est exposé l'œuf ectopique ; les brides amniotiques, les insertions vélamenteuses du cordon, les lésions placentaires sont aussi fréquentes et ne sont pas sans influer grandement sur la production des difformités.

P. Lecène.

Die Chloroform und Æthernarkose in der Praxis, von D. Koblanck. Wiesbaden, 1902. Bergmann.

Cet opuscule de 42 pages est le résumé des leçons faites par le docteur Koblanck à la clinique gynécologique de Berlin. On y trouve étudiées clairement et complètement les indications et contre-indications de l'anesthésie générale, la technique de l'administration du chloroforme et de l'éther, les accidents possibles et les moyens de les combattre. On trouvera au début une bibliographie assez complète des questions étudiées, et l'ensemble du livre en fait une œuvre à consulter.

P. Lecène.

Les vésicules de la môle hydatiforme ne représentent pas des villosités choriales, mais seulement une néoproduction épithéliale. Môle vésiculaire et chorio-épithéliome malins sont, histologiquement, identiques. (Le vescicole della mola idatigena non rappresentano villi coriali alterati, ma una neoproduzione exclusivamente epiteliale. Mola vescicolare e corio epitelioma maligno istologicamente sono identici). P. Sfameni. Pisa, 1903.

Le titre exprime déjà nettement une opinion particulière à l'auteur, opinion déjà émise par Ercolani, mais qui ne fut pas prise en considération. Se basant sur des recherches histologiques personnelles, aussi sur l'examen critique des travaux parus sur le même thème et sur des arguments d'ordre spéculatif, Sfameni aboutit à cette proposition : « De ce que j'ai dit, il m'est permis de conclure que les vésicules de la môle hydatiforme sont entièrement formées d'épithélium en partie dégénéré (*au centre*), en partie en voie de prolifération (*à la périphérie*). *Le tissu connectif n'entre pour rien dans leur structure anatomique.* »

Les examens histologiques ont permis à l'auteur de suivre les connexions, plus ou moins nettes suivant le degré de dégénérescence, qui existent entre les éléments épithéliaux occupant le centre des vésicules et ceux qui, à la périphérie, en constituent la paroi. Ces éléments épithéliaux sont doués d'une faculté de prolifération intense, mais tandis qu'à la périphérie ils présentent des phénomènes d'ordre progressif, vers la partie interne au contraire ils en accusent d'ordre régressif : de là, vers le centre, des éléments qui d'un degré de dégénérescence à peine marquée vont jusqu'à une désintégration complète du plasma et du noyau, particularités mises en évidence, sur certaines préparations heureuses, par les réactifs colorants, par la teinte uniforme, mais d'intensité graduelle de la périphérie au centre. D'autre part, Sfameni est aussi d'avis, contrairement à nombre d'auteurs, que syncitium et cellules de la soi-disant couche de Langhans correspondent à un même élément anatomique initial, que les cellules de Langhans peuvent dériver du syncitium, et *vice versa*, mais que le tissu essentiel, c'est le syncitium.

Voici donc la théorie : la môle hydatiforme n'est pas la conséquence d'une altération pathologique de toute la villosité. Le tissu connectif n'y est pour rien. Théorie de Robin (œdème), de Virchow

(dégénérescence myxomateuse, celle-ci tout à fait en vogue) sont à rejeter également. La vésicule hydatiforme est d'origine exclusivement épithéliale, et l'effet de la prolifération du revêtement épithélial tantôt simple (syncitium), tantôt double (syncitium, couche de Langhans) de la villosité, avec phénomènes régressifs au dedans et progressifs à la périphérie ; le syncitium est aussi bien dans la formation pathologique de la vésicule hydatiforme que dans la formation normale de la villosité l'élément principal.

La genèse et la nature épithéliale de la vésicule hydatiforme étant admises, immédiatement apparaît l'identité d'origine et de constitution de la môle vésiculaire et du chorio-épithéliome malin. Durante s'est, et à bon droit, beaucoup appliqué à marquer que, pour le chorio-épithéliome, l'élément vraiment constitutif est le syncitium. Or, de ce qui précède, il est permis de conclure qu'il en est de même pour la môle vésiculaire. Donc, par rapport à l'histogenèse, les deux processus sont identiques — manière de voir bien faite pour expliquer l'étroite connexion, démontrée par la clinique, qui existe entre les deux processus (apparition si fréquente du chorio-épithéliome après une môle, 60 fois et jusqu'à 64 fois sur 100, a-t-on noté). A propos de cette corrélation, l'auteur tient toutefois à donner expressément un avertissement : on est déjà trop enclin, par peur du chorio-épithéliome, à procéder au plus tôt, après constatation d'une môle hydatiforme, à des opérations radicales. Aussi, cette notion de l'identité histogénétique des formations serait-elle plutôt de nature à exagérer ce radicalisme chirurgical. Or, en beaucoup de cas, la môle vésiculaire restant cantonnée exclusivement dans la cavité utérine, souvent même très longtemps, on peut l'extirper et obtenir la guérison sans recourir à des interventions mutilatrices. En terminant, l'auteur touche encore à deux points : 1° la soi-disant déportation de villosités (Veit, Poten, etc.), qu'il n'admet pas. Pour lui, il s'agit de la déportation de bourgeons *purement synciliaux* qui, dans les régions où ils aboutissent, donnent lieu, par néo-production épithéliale, aux formations prises à tort pour des villosités ; 2° relativement à *l'origine du syncitium*, il conclut, contrairement à l'opinion actuellement la plus accréditée, que le *syncitium* (et par suite la couche de Langhans) *est d'origine maternelle, qu'il dérive de l'épithélium utérin*.

NÉCROLOGIE

Le Professeur Fochier, professeur de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon, vient de mourir.

Dans le prochain numéro des *Annales*, il sera rendu hommage à la mémoire de l'une des plus grandes figures de l'obstétrique française contemporaine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bissell. A report of the major operations performed on the service of Dr Nichol at the woman's hospital in the State of New-York, etc. *Am. J. of obst.*, juillet 1903, p. 37. — **Chavannaz.** Diabète et opérations gynécologiques. *Revue mens. de gyn. d'obst. et de pæd.* Bordeaux, août 1903, p. 307. — **Clivio.** Di alcuna particolarita anatomiche osservate in ovaie infantile. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n° 6, p. 426. — **Dalché (P.).** Parotidite d'origine génitale à la ménopause. *La Gynécologie*, août 1903, p. 309. — **Doléris.** Des ptoses génitales. 1903, n° 4, p. 289. — **Dützmann.** Verwertbarkeit der Leucocytenbestimmung bei Erkrankungen der weiblichen Genitalapparats. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Juli 1903, p. 57. — **Gicelli.** Sol riscontro del gonococco nelle annessiti e dell'uretra fetale como mezzo di cultura e ritorno alla primitiva forma morfologica del gonococco. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1903, nos 2, 3, p. 173. — **Goldsprohn.** A preliminary report on electrothermic hemostasis with the Downes instruments. *Am. J. of the Obst.*, août 1903, p. 177.— **Gottschalk.** Zur Frage der hereditären, primären Genitaltuberculose beim Weibe. *Arch. f. Gyn.*, Bd LX, Heft 1, p. 74. —**Manton.** The value of conservative operations on the uterus and its appendage. *Americ. Gyn.* 1903, n° 2, p. 188. — **Reed.** The relations between peritoneal adhesion and the functionating uterus. *The Am. J. of the obst.*, août 1903, p. 154. — **Routh.** On some directions and avenues through which cancer may possibly be more successfully treated and perhaps cured. *The British Gyn. J.*, août 1903, p. 99. — **Szasdz-Schwarz.** Recherches sur les altérations séniles des vaisseaux

sanguins et sur le tissu élastique de l'utérus. *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, 1903, n° 4, p. 593. — **Terrien**. Affections oculaires d'origine menstruelle. *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1903, p. 1069, 1097.— **Tridondani**. Note anatomiche ed etiologiche intorno a cisti dermoidi e cisti sierose insieme combinate. *Annali di Ost. e. Ginec.* 1903, n° 6, p. 409.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Stover**. An Experience with the X Ray in kraurosis vulvæ. *New-York Med. J. a. Philad. med. J.*, juillet 1903, p. 179.

VULVE ET VAGIN. — **Algret**. Traumatisme grave de la vulve et du vagin par le coït. *La Gynécologie*, 1903, n° 4, p. 328. — **Balloch**. Pruritus vulvæ a. allied conditions. *Am. J. of Obst.*, mai 1903, p. 613. — **Cristalli (G.)** Fibromiomi della vagina. *Archivio di ost. e gynec.*, mai 1903, p. 280. — **Duc Dodon**. *Fistules de la glande de Bartholin*. Thèse Paris 1903, n° 321.—**Fitch**. The remote effects of latent gonorrhœa in the female. *Annals of gyn. a. ped.*, septembre 1903, p. 510. — **Kœnig**. Müller's method of colpectomy for uterine disease. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Empire.*,'septembre 1903, p. 295. — **Maly**. Beitrag zur Ætiologie des Carcinoma vaginæ. *Zent f. Gyn.*, 1903, n° 27, p. 828. — **Oliver**. Treatment of the common clinicals forms of gonorrhœa in the female. *New York med. J. a. Philad. med. J.*, juin 1903, p. 1106. — **Smith**. Note upon a case of mycosis vaginæ. *Med. News.*, juin 1903, p. 1204.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Baldy**. Retrodisplacements of the uterus a. their treatment. *New-York med. J. a. Philad. med. J.*, juillet 1903, p. 167. — **Caruso**. Contributo alla questione dell' istologia patologica e della cura dell' inversione uterina. *Archivio di ost. e ginec.*, juillet 1903, p. 387. — **Delace**. Sulla cura chirurgica del prolasso genitale. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 5, p. 261. — **Figuiera**. Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. *La Gynécologie*, juin 1903, p. 217.— **Goelet**. How may we cure posterior displacement of the uterus. *Med. Record*, juillet 1903, p. 11. — **Harris**. An operation for retroversion : cuneiformshortening of the broad ligament. *Amer. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 38. — **Michel**. Ein Ligamentum suspensorium fundale medium nach Ventrifixur. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 39, p. 1159. — **Neugebauer (F.)**. Retroversio Uteri und Appendicitis. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 27, p. 831. — **Petit (P.)**. Torsion de l'utérus. *Le Concours medical*, août 1903, p. 488. — **Taylor**. Complete inversion of the uterus. Recovery. *Obst. and Gyn. of the British Empire*, novembre 1902, p. 462.

UTERUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Dalché**. Les aménorrhées, leur traitement. *La Gynécologie*, juin 1903, p. 209. — **Ferrari**. Sulla tuberculosa primitiva del collo dell'utero. *Annali di ost. e. ginec.*, 1903, n° 6, p. 456. — **Opitz**. Zur nasalen Dysmenorrhoe. *Berlin. klin. Wochensch*, septembre 1903, p. 845. — **Sinclair (J.)**. Hypertrophy a. erosion of the lip of the os uteri a pathognomic sign of chronic flexion. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1903, p. 249.

TUMEURS UTERINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baker**. Uterine Myomas. *Am. J. Obst.*, septembre 1903, p. 339. — **Brooks**. The surg. treatment of uterine fibroma. *Am. J. of Obst.*, mai 1903, p. 627. — **Caturani**. Isterectomia addominale sopravaginale. *Archiv. ital. di ginec.*, 1903, n° 4, p. 255. — **Devaux**. *Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins*. Thèse Paris, 1903, n° 319. — **Doran** (**A**.). Hysterectomy for fibroid disease in pregnancy : The souffle a. muscular contractions in relation to diagnosis. *Edinb. med. J.*, septembre 1903, p. 246. — **Fairbairn**. A contribution to the study of one of the varieties of necrotic change — the so called necrobiosis — in fibromyomata of the uterus. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, août 1903, p. 119. — **Franz**. The treatment of uterine cancer. *The British gyn. J.*, août 1903, p. 134. — **Goelet**. The palliative treatment of fibroid tumours of the uterus. *Med. News*, août 1903, p. 258. — **Lennander**. Kaiserschnitt und Totalexstirpation des Uterus wegen Myom, ausgefuhrt in Januar 1894. Heilung. *Zentr. f. Gyn.*, 1903, n° 39, p. 1153. — **Masseret**. *Hystérectomie abdominale*. Thèse de Paris, 1903, n° 318. — **Pick**. Zur Histiogenese des Chorioepitheliums. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 37, p. 1110. — **Potherat**. Dégénérescence des fibromes utérins. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1903, n° 24, p. 692. — **Ries**. The condition of the pelvic lymphatics in carcinoma of the uterus. *Amer. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 44. — **Teacher**. On chorio-epithelioma a. the occurence of chorion epitheliomatom a. hydatiform mole-like structure in teratomata. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, août 1903, p. 145. — **Webster**. Successful removal of a cystic Fibromyoma of the uterus weighing 87 lbs. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, août 1903, p. 135. — **Williamson**. A case of syncytioma malignum occuring in a woman who died thirty one years ago ; with some observations on the mode of invasion of the so tumours. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1903, p. 306. — **Zondek**. Ein Fall von choriovillöser Neubildung. *Arch. f. Gyn.* Bd LX, Hft 1, p. 193.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Boursier**. Péritonites tuberculeuses et annexites. *Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1903, p. 609. — **Busse**. Histol. Unters. über Parametritis. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Juli 1903, p. 52. — **Carmichael**. Pelvic exudations : their diagnosis a. treatement studied clinically. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1903, p. 268. — **Doléris**. Pathogénie et traitement des inflammations chroniques cellulaires et péritonéales de la cavité pelvienne. *La Gynécologie*, juin 1903, p. 195. — **Fiori**. Brevi considerazioni sopra due casi di raccolta tubaria. *Archivio ital. di ginec.*, 1903, n° 4, p. 209. — **Fournier**. Symptômes, diagnostic et traitement des salpingo-ovarites. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1903, n° 27, p. 427. — **Galvagno**. Sulle peritonite gonococciche delle bambine. *Archiv. ital. di ginec.*, 1903, n° 4, p. 253. **Matthew D. Mann**. Should the uterus be removed when the ovaries and tubes are removed in cases of double pyosalpinx, when operating through the abdomen. *Americ. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 32. — **Michel et Bichat**. Etude du varicocèle tubo-ovarien. *Mon. f. Geb. u. Gyn*,. 9 juin 1903, p. 1419. — **Moulin** (**M**.). On the treatment of

hæmatocolpos and hæmato-salpinx. *The British gyn. J.*, août 1903, p. 120. — **Montvoro**. Sulle aderenze post-operatorie dell'epiploon cogli organi genitali interni. *Archivio ital. di ginec.*, 1903, n° 4. p. 209. — **Noble**. Should the uterus be removed when the ovaries and tubes are removed in cases of double pyosalpinx, when operating either throug abdomen or the vagina. *Americ. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 56. — **Peré**. Contributo alla casistica dell'ernia inguinale dell'ovaio. *La Clinica ost.*, juin-juillet, 223. — **Pichevin**. *Appendicite et ovaro-salpingite. Sem. gyn.*, 7 juillet 1903.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE. — **Bantock**. The conservative treatment of lesions of the uterine appendage. *The British gyn. J.*, août 1903, p. 129. — **Bender**. Recherches sur l'état du sang dans les kystes de l'ovaire. *Revue de gynécologie*, 1903, n° 4, p. 579. — **Brothers**. Report of a case of cyste of the round ligament. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 70. — **Coen**. Le cisti dermoidi intraligamentose (studio storico critico). *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n°s 7 et 8, p. 560. — **Dickson (Th.)**. Concerning the nature of the small cysts frequently found in the peritoneum covering the Fallopian tubes. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 65. — **Downes**. The electrothermic angiotribe in the removal of a large suppurative tubo-ovarian mass, with resection of four inches of colon a. end-to-end. anastomosis *Americ. Gyn.*, 1903, n° 1, p. 50. — **Godart**. Endothéliome des deux ovaires. Laparotomie, guérison. *La Policlinique*, 15 avril, p. 169. — **Kiriac**. Annexectomie double et hystérectomie concomitante. *Sem. gyn.*, 30 juin 1903. — **Lewis (D.)**. Tumors of the round ligament of the uterus. *The Am. J. of obst.*, août 1903, p. 198. — **Pichevin**. Opérations conservatrices sur les annexes. *Sem. gyn.*, 16 juin 1903. — **Pichevin**. L'ovaro-salpingectomie. *La Semaine gynécologique*. Paris, 9 juin 1903, p. 177, 234. — **Voigt**. Ueber Carcinoma folliculoides ovarii. *Arch. f. Gyn.* Bd LX, Hft 1, p. 87.

ORGANES URINAIRES. — **Burrage**. Tubercular pyelonephritis. *The Am. J. of obst.*, juillet 1903, p. 52. — **Berndt**. Ein eigenartiger Fall von Blasentumor. *Mon. f Geb. u. Gyn.*, Juli 1903, p. 73. — **Faure**. La protection automatique de l'uretère. *La Gynécologie*, 1903, n° 4, p. 304. — **Goldenstein**. Beitrag z. Kasuistik der Cervico-Vaginalfisteln. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 27, p. 839. — **Kolischer**. Post-operative cystitis in Women. *Am. J. Obst.*, septembre 1903, p. 349. — **Lebar**. Rein mobile et affections génitales. *La Gynécologie*, 1903, n° 4, p. 316. — **Legueu**. La voie vagino-périnéale pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirur.*, juillet 1903, p. 793. — **Wesley-Bovée**. Uretero-cystotomie. *Americ. gyn.*, 1903, n° 1, p. 1. — **Wesley-Bovée**. The diagnosis a. prognasis of tuberculosis of the kidney and ureter. *Americ. Gyn.*, 1903, n° 2, p. 181.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bovée (W.)**. Objections to the vaginal route in the treatment of ectopic gestation. *The Am. J. of the obst.*, juillet 1903, p. 58. — **Donoghue**. Two cases of normal pregnancy, following operations for extra-uterine pregnancy. *Ann. of gyn. a. ped.*, juillet 1903, p. 406. — **Sturmer**. Four cases of ruptured extra-uterine gestation occurring in two women. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, août 1903, p. 139.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Beuttner** (O.). La laparotomie gynécologique transversale. *Revue méd. de la Suisse Romande*, juillet 1903, p. 473. — **Jayle**. La mort et les accidents provoqués par la position déclive en chirurgie abdominale. *La Presse méd.*, septembre 1903, p. 658. — **Liell**. Observations on eighteen abdominal sections, etc. *Med. News*, août 1903, p. 399. — **Longuet**. La cæliotomie abdominale submédiane. *La Presse méd.*, septembre 1903, p. 64. — **Mayo Robson**. Observations on the evolution of abdominal surgery from personal reminiscences extending over a third of a century and the performance of 2.000 operations. *The Lancet*, août 1903, p. 292. — **Massol**. Emploi des sérums normaux dans la chirurgie abdominale. *La Loire méd.*, août 1903, p. 183.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Kucher**. Some practical remarks on the management of breech presentations. *Med. Record*. New-York, juillet 1903, p. 55. — **Rezza**. Lo stato di salute del feto durante il travaglio del parto. *Lucina*, septembre 1903, p. 129. — **Sothoron**. The action of the uterus during labor. *Am. J. of the obst.*, août 1903, p. 214. — **Thomas**. Management of breech presentations. *Med. News*, août 1903, p. 339.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bonnet**. Ueber Syncitien, Plasmodien, und Sindplasma in Placenta der Saügethiere und der Menschen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, Juli 1903, p. 1. — **Burlando**. Sul modo di comportarsi del glicogeno epatico durante la gravidanza, il puerperio ed il periodo di allattamento. *Arch. ital. di. ginec.*, 1903, n° 4, p. 246. — **Canton**. Las tres primeras cortes sagitales practicados en Sud America en caso de preneces avanzadas. *La Semana med.*, juillet 1903, p. 649. — **Capaldi**. Sulla tossicita della placenta. *Archivio di ost. e. ginec.*, 1903, n° 7, p. 407. — **Castro Escalado**. Modificaciones del organismo en general consecutivas al parto normal (puerperio). *Revista obstetrica*, Buenos Aires, 1903, n° 4, p. 143. — **Koenig**. A few remarks about P. Muller's method of pelvimetry. *The J. of obst. a. gyn. of the British Empire.*, septembre 1903, p. 293. — **Kworotansky**. Ueber Anatomie u. Pathologie der Placenta-Syncytium in dem schwangeren Uterus. Wirkung der Herz-und Nierenkrankheiten aufdie Musculatur u. Placenta-Atonie der Uterus, Placentar-adhërenz, Uterus-Ruptur. *Arch. f. Gyn.*, Bd LX, Hft 1, p. 113.— **Marx**. The bacteriogy of the puerperal uterus. Its relation to the treatment of the parturient state. *Am. J. obst.*, septembre 1903, p. 301. — **Raineri**. Di alcune ricerche bio-cliniche nel sanguine delle gravido, nel sangue materno e fetale. *Archivio di obst. e ginec.*, 1903, n° 6, p. 341. — **Rondino**. Sulla struttura del centrosoma delle cellule ovariche dei mammiferi e specialmente delle loro modificazioni in seguito ad intossicazioni sperimentali. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 6, p. 321. — **Stewart**. The kidney in pregnancy. *The Am. J. of the obst.*, août 1903, p. 227. — **Whitney**. Uterine changes in pregnancy a. puerperal eclampsia. *Am. Gynec.*, 1903, n° 2, p. 121.

DYSTOCIE. — **Bentivagua.** Il parto spontaneo nelle stenosi pelviche. *Lucina Sicula*, 1903, n° 9, p. 327. — **Caterina (E.).** Gravidanza in utero bicorne seguita de grave emorragia del secondamento. *Archivio di ost. e ginec.*, 1903, n° 5, p. 270, 303. — **De Bovis.** La rétraction de l'anneau de Bandl comme cause de dystocie dans les présentations du siège. *La Semaine méd.*, mai 1903, p. 157. — **Munro Keer.** Diagnosis a. treatment of medium degrees of pelvic deformity. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1903, p. 1. — **Warren.** Fetal Ascites with dystocia. *The Am. J. of. the obst.*, août 1903, p. 173. — **Willard.** A case of pregnancy in a dwarf wheighing thirty-nine pounds. Abdominal hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, septembre 1903, p. 289.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Ehuletche.** Conducta de la partera en el puerperio. *Revista obstetrica*, Buenos Aires, 1903, n° 4, p. 157. — **Paton.** The influence of diet in pregnancy on the weight of the offspring. *The Lancet*, juillet 1903, p. 21.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Alfieri.** La gravidanza bigemina monocoriale e monoamniotica. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, nos 7 et 8, p. 525.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Andrews (R.).** The Ætiology of tubal pregnancy. *The J. of obst. a. gyn. of the British Empire.*, septembre 1903, p. 280. — **Cousins (W.).** Remarks on ectopic gestation and the conditions favourable to its advance to the full term. *British med. J.*, juillet 1903, p. 181. — **Dawson.** Case of repeated tubal pregnancy, diagnosed on each occasion before the end of the first month. Repeated abdominal, section. Recovery. *The Journ. of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1903, p. 30.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Harden.** Tying a. care of the umbilical cord. *Med. News*, août 1903, p. 351. — **Hawthorne.** Cicatricial constriction of the abdominal wall a. of the left thigh attributed to compression by the umbilical cord. *The Lancet*, août 1903, p. 374. — **Pacilio.** Un caso di utero unico probabilmente uniloculare con due colli completamente separati. *Archivio ital. di ginec.*, 1903, n° 4, p. 261. — **Paddock.** Antenatal rigor mortis. *The Am. J. of the Obst.*, août 1903, p. 145. — **Wanner.** Amputation congénitale par le cordon et enroulement du cordon. *Revue méd. de la Suisse Romande*, août 1903, p. 541. — **Warner.** Small-pox in the fœtus. *The Lancet*, juillet 1903, p. 95. — **Zangemeister.** Ueber die Behandlung des Scheintodes Neugeborener. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 39, p. 1163. — **Z. O'Farrell.** Nina nacida con eventration de los organos abdominales. *La Semana medic.*, 1903, n° 36, p. 815.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bardeleben.** Wesen u. Werth der schnellen mechanisch instrumentellen Muttermundserweiterung in der Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.*, Bd LX, Hft 1, p. 1. — **Boquel.** Opération césarienne d'urgence et embryotomie dans le cas de rétrécissement pelvien d'origine rachitique. *Archives med. d'Angers*, 1903, n° 9, p. 413. — **Boyen Joung.** Some curiosities of cæsarean section. *Ann. of gyn. a. ped.*, juillet 1903, p. 413. — **Churchill.** The uterine incision in cesarean section. *Am. J. of Obst.*, mai 1903, p. 622. — **Dickinson.** Accouchement forcé. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1903,

p. 10. — **Flatau**. Ein Fall von wiederholten Fundalschnitt bei sectio cæsarea. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 29, p. 898. — **Holmes (R.)**. Cervical incisions in labor. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 19. — **Menge**. Suprasymphysären Fascienquenschnitt nach Pfannenstiel. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1903, p. 1259. — **Webster (Cl.)**. Abdominal a. cesarean section as means of accomplishing accouchement forcé. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 16. — **Whitridge (W.)**. Indications for and most satisfactory methods of bringing about premature labor a. accouchement forcé. *Americ. Gynec.*, 1903, n° 1, p. 13.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Antonino**. Presenza di meconio nel liquido amniotico in presentatione di vertice a borsa intatta. *Lucina Sicula*, 1903, n° 6, p. 200. — **Bennecke (A.)**. Neuere Bestrebungen bei der Behandlungen der puerperal fiebers. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juli 1903, p. 76. — **Boldt**. The surgical treatment of puerperal infection. A part of the symposium on puerperal infection. *Am. J. Obst.*, septembre 1903, p. 295. — **Budin**. De l'insertion vicieuse du placenta : accidents et conduite à tenir. *Le Concours médic.*, 1903, n° 28, p. 437. — **Costa**. Contributo allo studio della ematoma tuberoso della deciduo. *Annali di ost. e ginec.*, 1903, n°s 7 et 8, p. 602. — **De Paoli**. Sul trattamento della placenta previa col metodo Bossi. *La Clinica ost.*, avril-mai, 166, 207. — **Dienst**. Uber Tetania strumipriva einer Schwangeren. *Zent. f. Gyn.*, 1903 n° 29, p. 895. — **Donoghue**. Remarks upon cesarian section for placenta previa with special reference to the life of the child. *Annals of gyn. a. ped.*, août 1903, p. 463. — **Fieux**. Relation de la grossesse molaire avec l'auto-intoxication gravidique. *Revue mensuelle de gyn., d'obst. et de pæd. de Bordeaux*, 1903, n° 7, p. 264. — **Jardine**. Five cases eclampsia, occurring wihtin sixteen days, treated by saline infusions. *Edinb. med. J.*, juillet 1903, p. 19. — **Kayser**. Beitrag zur Frage der Symphysenruptur. *Arch. f. Gyn.*, Bd LX, Hft 1, p. 50. — **Knauer**. Gebärmutterzerreissung mit besonderer Beruchsichtigung der Mechanik der Zerreissung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1903, p. 1279. — **Kœnig**. Eklampsie, énorme placenta. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 40, p. 1177. — **La Torre**. Dei vomiti incoercibili. *La Clinica ostet.*, avril, mai 1903, p. 146. — **Lop**. Des œdèmes partiels au début de l'auto-intoxication gravidique; leur valeur diagnostique. *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1903, p. 1053. — **Lop**. Des arthrites au cours de la puerpéralité. Août 1903, p. 977. — **Lop**. Infection puerpérale localisée. *Gaz. des hôpitaux*, octobre 1903, p. 1117. — **Mc Powell**. Case of puerperal eclampsia. *British med. J.*, juillet 1903, p. 184. — **Moran**. Placenta previa. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 76. — **Norris**. The effects of the toxemia of pregnancy upon the cardio-vascular system. *The Am. J. of the Obst.*, juillet 1903, p. 31. — **Nutting-Fraser**. Report of a case of rupture of the uterus; laparotomy, recovery. *Med. News*, juin, 1903, p. 1207. — **Schickele**. Der sogenannte weisse Infarkt der placenta. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 37, p. 1107. — **Vineberg**. The treatment of puerperal sepsis. *Am. J. Obst.*, septembre 1903, p. 325.

THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Bossi**. A proposito della memoria di A. Dührssen : « Ist die Bossi'sche Methode wirklich als ein Fortschritt

in der operativen Geburtshülfe zu bezeichnen. *Archivio di Ost. e Ginec.*, mai 1903, p. 257. — **Canton** (**E**). La radiografia y radometria aplicada a la obstetricia. *La Semana med.*, juin 1903, p. 355. — **De Lee**. The Bossi Dilator : its place in accouchement forcé. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1903, p. 27. — **Freund**. Eine modifizierte Tarnier'sche Achsenzugzange. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 37, p. 1105. — **Labhardt**. Zur Henkel'schen Abklemmung der Uterinæ bei Post-partum Blutungen ; Zugleich ein Beitrag zur Bossi'schen Dilatation. *Zent. f. Gyn.*, 1903, n° 28, p. 867.

VARIA. — **Bar** (**P**.). Sull'unificazone della nomenclatura ostetrica. *La Clinica ost.*, juin-juillet 1903, p. 193. — **Bourcart**. Migration externe de l'ovule dans un cas d'extirpation de l'ovaire gauche et de la trompe droite, compliqué de myomectomie et d'hystéropexie abdominale. *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1903, n° 5, p. 338. — **Calderini**. Soccorso ostetrico a domicilio. *Lucina*, 1903, n° 7, p. 97. — **Chambrelent**. Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de la tuberculose. *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, août 1903, p. 375. — **Diviani**. Quattro mesi a Parigi. *Annali di Ost. e Gyn.*, 1903, nos 7 et 8, p. 614. — **Hough**. Death from a single vaginal douche. *The Boston med. a. Surg. J.*, avril 1903, p. 393. — **Massari** et **La Torre**. Parere medico-legale sopra un procurato aborto *La Clinica ostet.*, avril-mai 1903, p. 121. — **Risso Dominguez** Caso mortal de hemorragia. *La Semana med.*, avril 1903, p. 315. — **Schlossmann**. Leistungsfähigkeit der weiblichen Milchdrüsen und über Indicationem und Contraindicationem zum Stillen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1903, p. 1311.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de Lorette.

ALPHONSE FOCHIER

1845-1903

Par M. le Professeur **A. Pinard** (1).

Dans l'espace de moins d'une année l'obstétrique française a été particulièrement et cruellement éprouvée. L'année 1902 finissait en emportant Varnier, et il y a quelques semaines disparaissait Fochier !

Il ne m'appartient pas de vous parler de Varnier : Un père ne peut apprécier publiquement l'œuvre de son fils. Mais je considère comme un devoir de vous exposer aujourd'hui l'œuvre de Fochier, espérant vous faire comprendre l'étendue de la perte qui vient de frapper la science obstétricale française. J'ai ainsi conscience de rendre justice à l'une des plus belles figures de l'obstétrique contemporaine, à un homme dont les qualités du cœur égalaient celles de l'esprit, et dont tous les actes eurent toujours pour mobile la raison la plus pure.

Fochier (Alphonse) naquit à Bourgoin, dans l'Isère. Son père, avocat distingué, maniait également bien la plume et la parole. Il eut quatre frères : Victor, son aîné, est aujourd'hui conseiller à la Cour de cassation ; les trois autres plus jeunes, dont deux brillants élèves de l'École normale, et le troisième ancien interne en médecine des hôpitaux de Lyon, moururent avant d'avoir donné la mesure de leurs moyens.

Les études commencées au collège de Bourgoin s'achevèrent au lycée de Lyon, et c'est dans cette même ville, qu'at-

(1) Leçon faite à la clinique Baudelocque le 13 novembre 1903 et rédigée par le Dr Delestre, chef de clinique.

tiré par la vocation médicale, il devint l'élève de Laroyenne et d'Ollier.

Lauréat de l'École de Médecine de Lyon, c'est à Paris et sous la présidence de Pajot qu'il soutint sa thèse de doctorat le 21 mai 1870. Elle a pour titre : *Notes sur la caduque. Anatomie normale et pathologique. Conséquences et déductions.*

Quelques mois après, éclatait la guerre de 1870, et Fochier, s'étant engagé, fit la campagne avec le grade de médecin aide-major.

Deux ans après, à l'âge de 26 ans, il est nommé au concours chirurgien-major de l'hôpital de la Charité de Lyon, hôpital contenant une grande Maternité, un service de gynécologie et des services de chirurgie infantile. C'est dans ce milieu privilégié que sa vie scientifique va évoluer et s'épanouir.

Lors de la création de la Faculté de Médecine à Lyon, en 1878, il fut chargé des fonctions d'agrégé et de la direction d'une clinique de chirurgie infantile.

Lorsque Bouchacourt prit sa retraite (1er janvier 1886), il fut nommé professeur de clinique.

Il réorganisa complètement la clinique obstétricale de Lyon. Après en avoir obtenu l'agrandissement, il y organisa un enseignement pratique, institua des conférences, des travaux pratiques et créa un laboratoire.

L'enseignement fut sa vie. Il s'y consacra tout entier. Obstétricien doublé d'un gynécologue et d'un puériculteur, il n'envisagea jamais son titre de professeur comme une étiquette pouvant lui être utile ou un honneur qui lui était dû, mais bien comme une fonction qu'il avait à tâche de remplir avec conscience ; et cela jusqu'à son dernier moment, car s'il ne mourut pas dans sa chaire, il tomba dans le cabinet du Recteur avec lequel il venait s'entretenir de l'organisation de son enseignement et de cette Faculté de Lyon qu'il aimait tant !

C'est l'œuvre de cet homme que je veux étudier avec vous.

Ennemi des travaux de compilation, il ne publia aucun livre volumineux. Mais il se livra sans cesse, et avec toutes

les ressources de son esprit critique, à la recherche de la vérité.

Il fut vulgarisateur par son enseignement oral. « Les élèves, disait-il, sont les feuilles sur lesquelles j'inscris mes recherches. »

Quelques travaux de lui se trouvent disséminés dans les journaux de médecine et dans les Archives des Sociétés savantes de Lyon. Comme publications personnelles nous ne possédons que quelques notices écrites de sa main et l'intéressante préface de la traduction de Litzmann, qui est une véritable profession de foi. Mais c'est particulièrement dans les thèses de ses élèves, thèses inspirées par lui, que se trouve le reflet de son enseignement. C'est là qu'il consignait les résultats de ses recherches expérimentales et de ses méditations.

S'il me fallait lui assigner la place que son œuvre lui donne dans l'histoire de l'obstétricie française, je pourrais dire sans être excessif que Fochier a été en France ce que Nægele et Michaelis ont été en Allemagne : c'est à la fois notre Nægele et notre Michaelis, et j'espère que dans la brillante pléiade de ses élèves, il se trouvera un Litzmann !

Reprenant les travaux de Nœgele sur le mécanisme de l'accouchement dans les bassins normaux, puis ceux de Michaelis sur l'engagement de la tête à travers le détroit supérieur rétréci, il résolut, avec son esprit critique, de contrôler l'exactitude de leurs résultats. Les thèses de ses élèves, Sabatier (*Étude sur la descente dans les bassins normaux*, 1880), Jamin (*Étude anatomique de l'engagement dans les bassins rétrécis*, 1889), Thévenot (*Du Mécanisme de l'accouchement dans les bassins asymétriques*, 1899), indiquent les étapes franchies par l'observateur sagace et les idées directrices de son activité scientifique.

Étudiant le passage de l'enfant à terme à travers le bassin normal, il montre que si depuis longtemps on a l'habitude de diviser les phénomènes mécaniques du travail en plusieurs temps successifs, cette division scholastique est dans les auteurs aussi variable que désordonnée.

Pour lui, « il y a là, dans le mécanisme du travail, un grand mouvement général, *la progression*, fait premier, fondamental, laissé de côté par la plupart des auteurs, et des mouvements particuliers spécialisés de la présentation autour de divers axes, les *rotations* ». Et il divise la progression en trois temps : l'engagement, la descente, le dégagement. Ce n'est pas seulement parce que, au point de vue théorique, elle lui paraît plus logique et plus précise qu'il propose cette nouvelle division du travail, c'est aussi et surtout parce que dans ses applications pratiques elle conduit naturellement et forcément à l'étude de cette fameuse question obstétricale : quelle est la ligne suivie par la présentation pendant la descente, en un mot, quel est l'axe pelvien pratique ?

Par conséquent, ce qui domine le mécanisme du travail, c'est la progression. Fochier reprenait là les idées de de La Motte, qui furent défendues plus près de nous par Hubert.

« La progression, dit-il, commence avec l'engagement et finit avec le dégagement ; entre ces deux temps, il y a la descente : tel est le fait capital. Tous les autres mouvements, qu'il s'agisse de flexion ou de rotation, ne sont que secondaires : peu importe que la tête tourne ou qu'elle se fléchisse, ce qui est indispensable, c'est qu'elle descende. »

Comment s'accomplit cette descente ?

C'est là que Fochier se montre érudit, observateur sagace, grand accoucheur. Faisant table rase de tout ce qui avait été écrit sur ce sujet, et démontrant d'ailleurs qu'aux plus grands noms s'attachent les plus grandes erreurs, il observa et dit : « La descente s'effectue suivant l'axe de la filière pelvienne ; or cet axe n'est pas un arc de cercle, ainsi qu'on s'est plu à le décrire et à le figurer, mais bien une ligne droite, qui traverse perpendiculairement le détroit supérieur et va jusqu'au fond du bassin. »

Pour Fochier le bassin est une cavité généralement cylindrique, oblique en arrière, dont le coccyx est le fond et sur la paroi antérieure de laquelle est une ouverture correspondant à la vulve. Son axe ou hauteur pelvienne osseuse est un axe droit.

Donc la ligne de *descente* ou axe pratique, la ligne directrice est rectiligne comme l'axe anatomique du pelvis.

Le dernier temps de la progression, le dégagement se fait également suivant une ligne droite, qui est l'axe de ce que Fochier appelle *l'espace sous-pubien*, ligne qui vient dans les bassins normaux couper la précédente à angle presque droit au niveau de la jonction de la troisième et de la quatrième vertèbres sacrées.

Tout accouchement se fait donc suivant deux lignes droites : celle du bassin osseux et celle de l'espace sous-pubien.

Avec la perspicacité qui le caractérisait, Fochier a insisté sur ce fait que des bassins considérés comme normaux (leurs diamètres horizontaux possédant leurs dimensions ordinaires) peuvent être des bassins viciés par insuffisance de hauteur. Ce sont pour lui des *bassins trop bas*. La descente est insuffisante pour que le dégagement puisse se faire. La descente doit être prolongée suffisamment pour gagner l'axe de l'espace sous-pubien qui est l'axe de dégagement.

Vous le voyez, Fochier est venu confirmer en grande partie les recherches de J.-B. Fabbri (1856).

Il me plaît de vous rappeler aujourd'hui que dès le début de mon enseignement (1875), m'appuyant sur des recherches personnelles, ayant reconnu le bien fondé des assertions de Fabbri, je décrivais l'axe du bassin tel que l'avait compris le grand accoucheur italien. En me servant comme lui de moules en plâtre de l'excavation je reconnus que sa forme est celle d'un cylindre droit plus ou moins régulier.

De même, j'entrepris des recherches ayant pour but la connaissance exacte de l'axe du dégagement, axe que Fochier appelle axe de l'*espace sous-pubien* et que j'ai dénommé axe du *bassin mou*, recherches poursuivies en commun plus tard avec mes élèves Boissard (*De la forme de l'excavation pelvienne*, 1884) et Varnier (*Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical*, 1888).

Comme mon collègue Fochier, j'avais la conviction que seule, la connaissance exacte de la direction des axes de la

filière pelvienne pouvait conduire à réaliser, dans les accouchements artificiels, le mécanisme de la progression dans l'accouchement naturel.

Ne pouvant entrer dans plus de détails sur les travaux de Fochier concernant l'accouchement dans les bassins considérés comme normaux, je désire vous indiquer à grands traits la caractéristique de ses recherches sur le mécanisme de l'accouchement dans les rétrécissements du bassin. Et pour cela je ne crois pouvoir mieux faire que de vous citer ces quelques lignes extraites de sa préface à la traduction de Litzmann :

« Pour avoir une connaissance exacte des conditions mécaniques qui doivent présider au passage de la tête à travers un détroit supérieur rétréci, il est utile de ne pas se borner à apprécier les dimensions des divers diamètres de ce détroit, il faut en trouver le contour pour le comparer à la forme des diverses circonférences de la tête ; il ne faut pas se contenter de faire de la pelvimétrie, il faut faire de la pelvigraphie. » Et dans ces derniers temps il ajoutait : et de la *radiographie*.

S'il s'est montré, dans cette même préface, quelque peu sévère pour l'École de Paris, je ne puis dire qu'il ne fût pas juste. En s'élevant contre notre scholastique, il a eu raison, et il a cherché à nous rendre service. Malheureusement aujourd'hui, trop d'accoucheurs encore ont la religion du millimètre, et s'imaginent qu'armés de leurs glissières ou de leur ruban métrique, ils sont capables de résoudre tous les problèmes concernant la thérapeutique des viciations pelviennes !

Les très intéressantes thèses de Jamin (*Étude anatomique de l'engagement dans les bassins rétrécis*) et de Thévenot (*Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques*) contiennent les recherches et les opinions de Fochier sur le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés. Il m'est agréable à ce propos de vous faire remarquer que les recherches de Fochier ainsi que celles de Michaelis et de Litzmann

tendant à démontrer de la façon la plus éclatante que la tête fœtale, pour traverser un bassin normal ou un bassin vicié, obéit et doit toujours obéir à la grande loi obstétricale formulée par Pajot, la loi d'accommodation.

S'appuyant sur ses recherches expérimentales aussi bien que sur ses observations cliniques, Fochier avait acquis la conviction que pour traverser un bassin rétréci il est préférable que l'enfant traverse ce bassin tête première. Il était donc partisan du forceps et ennemi de la version dans les rétrécissements du bassin.

Aussi, avec bien d'autres, s'efforça-t-il de rechercher quel était le meilleur forceps à employer dans ces cas, quelles conditions étaient les plus favorables pour son application et aussi quelles étaient les limites de son action.

Pour Fochier, le meilleur forceps à employer pour une application au détroit supérieur était le forceps de Stoltz, dont les cuillers perforées vers le milieu de leur hauteur donnent attache à de forts rubans de fil, tout près du fameux centre de figure.

Fochier n'adopta pas le forceps de Tarnier. Imbu des idées de Chassagny et de Laroyenne, il jugea même l'instrument de mon maître avec quelque sévérité. D'aucuns prétendirent qu'à cette occasion la question de clocher joua un certain rôle. Quoi qu'il en soit, si Tarnier pour établir son instrument se servit de la règle et du compas, et fit appel à la loi du parallélogramme des forces, Fochier s'appuya sur les sinus et cosinus des angles pour obtenir les meilleures tractions destinées à engager la tête à travers le détroit supérieur et à l'entraîner ensuite suivant l'axe des résistances, sinon suivant l'axe anatomique.

Fidèle à sa théorie, Fochier n'admettait au détroit supérieur que *la prise oblique*, d'une bosse frontale d'un côté à l'apophyse mastoïde de l'autre.

Quant à la *traction*, il se montrait peu partisan des trac-

tions mécaniques, préférant les tractions faites par des aides dont il dirigeait les efforts.

. C'est dans ces conditions qu'il étudia la *limite de la force de traction compatible avec la survie de l'enfant dans les applications de forceps.*

« Si l'on arrivait, dit-il, à déterminer d'une façon précise et rigoureuse le maximum de l'effort de traction compatible avec la survie de l'enfant, on devrait désormais, une fois ce maximum atteint, sacrifier l'enfant sans multiplier ou prolonger des tentatives dangereuses pour la mère. D'autre part, si ce maximum était, quoique fort élevé, relativement innocent pour la mère, il faudrait bien se poser comme une règle absolue la nécessité de l'atteindre avant de se décider à commettre un meurtre légitime. » Et après avoir observé une survie de l'enfant après une traction totale de 80 kilogrammes, il concluait ainsi : « Avant de passer à la craniotomie, j'essaie ce que donnera une forte traction sur les lacs, et je me crois désormais obligé de dépasser 80 kilogrammes. » (*Notes d'Obstétrique*, 1879.)

Messieurs, je vous demande la permission d'ouvrir ici une parenthèse afin de m'expliquer avec vous sur les trois points que je viens d'envisager en exposant la partie de l'œuvre de mon ami, le professeur Fochier, consacrée à la thérapeutique des viciations pelviennes. Ainsi que vous avez pu en juger, sa doctrine est en contradiction absolue avec celle que je vous enseigne et qui est rigoureusement appliquée à la clinique Baudelocque depuis plus de dix ans.

Comme lui, je fus partisan des applications de forceps au détroit supérieur, ainsi qu'en fait foi la thèse de mon ancien interne, aujourd'hui mon collègue et ami Lepage (*De l'application de forceps au détroit supérieur*, 1888). Dominé par les idées classiques d'abord, je sacrifiais à la tradition. Considérant l'entrée dans la pratique du forceps de Tarnier comme une grande conquête, je m'évertuais, ainsi que Fochier, à faire passer nombre de têtes au laminoir. L'expérience m'a montré

que comme les autres je faisais fausse route, et je n'ai pas à vous rappeler en ce moment les raisons pour lesquelles je suis devenu l'adversaire irréductible de toute application de forceps faite avec force au détroit supérieur.

Mais si mes travaux m'ont conduit à adopter une ligne de conduite diamétralement opposée à celle suivie par Fochier dans la thérapeutique des viciations pelviennes, je n'en ai pas moins de respect et d'admiration pour les travaux de mon collègue. Et laissez-moi vous dire avec une profonde émotion que si, au point de vue de nos opinions scientifiques sur ce chapitre, un abîme nous séparait, si quelque temps avant sa mort il m'écrivait encore : « Je suis plus embryotomiste que jamais, le fœtus n'est qu'un *devenir* », mon estime et mon affection pour lui n'en furent jamais amoindries. Fochier fut toujours pour moi l'ami sûr et fidèle.

Je vous rappelle enfin la méthode thérapeutique qu'il imagina pour lutter contre les infections pyogènes, et en particulier contre les septicémies puerpérales. Je veux parler des *abcès de fixation*. Si cette question est encore à l'étude, si la valeur de cette méthode n'est pas à l'heure actuelle définitivement fixée, il faut reconnaître que la conception de Fochier est empreinte d'une grande ingéniosité.

A ses éminentes qualités d'accoucheur, Fochier joignait un véritable tempérament chirurgical : c'est lui qui, le 2 février 1879, pratiqua le premier en France, et avec succès, quinze jours avant Tarnier, l'amputation utéro-ovarique par le procédé de Porro.

La conduite qu'il tint récemment en face d'un cas de rétention d'une tête fœtale dans une corne utérine témoigne assez de ce qu'étaient chez lui l'audace, l'habileté opératoire et le sens clinique.

Messieurs, après vous avoir montré ce qu'a fait Fochier pour l'organisation de l'enseignement obstétrical à la Fa-

culté de Lyon, après vous avoir dit combien cet homme, toujours à la recherche de la vérité, avait été un professeur éloquent, un obstétricien remarquable, un gynécologue distingué, après avoir passé trop rapidement en revue ses principaux travaux, après avoir fait pressentir toutes les belles et grandes choses que nous attendions encore de lui, je pense vous avoir fait comprendre la place que doit occuper le nom de Fochier dans l'histoire de l'obstétricie française.

S'il est pour moi une consolation à la perte irréparable que nous venons de faire, c'est de penser que Fochier laisse derrière lui une brillante pléiade de disciples et que les Pollosson, Condamin, Commandeur, Fabre, pour ne citer que ceux-là, sauront se montrer dignes d'un tel maître et continueront la tradition de cette grande École de Lyon, où l'on s'est toujours particulièrement et brillamment occupé des choses de l'obstétrique.

UN CAS D'HÉMATOMÉTRIE POST-PARTUM

Par M. G. Fieux (1), professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Si l'hématométrie par malformation congénitale n'est pas excessivement rare, je crois, par contre, qu'il est très exceptionnel de rencontrer ce même accident tenant à une sténose cicatricielle complète, due elle-même au tramatisme obstétrical. Dans certains traités classiques, on signale cette dernière cause comme capable d'entraîner l'hématométrie, mais je n'en connais pas d'observation démonstrative ; aussi vais-je rapporter un fait qui est aussi typique que possible.

Il s'agit d'une dame G..., âgé de 37 ans, toujours bien portante et bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Les règles venaient régulièrement, mais avec ceci de particulier qu'elles ne duraient qu'un seul jour. Elle devient enceinte et, le 14 octobre 1902, étant à terme, elle entre en travail. La dilatation est longue et l'expulsion impossible. Un médecin appelé est obligé de recourir à trois applications de forceps. L'instrument dérape deux fois avec beaucoup de force ; ce n'est qu'à la troisième reprise, très laborieuse, qu'il entraîne, avec énormément de difficultés, un gros enfant du sexe masculin, qu'il est impossible de ranimer et dont la tête présentait, paraît-il, des traces de traumatisme intense.

La sage-femme qui a assisté à l'accouchement et donné les soins dans la suite, a remarqué l'existence de dilacérations multiples et profondes du côté du col et des parois vaginales. Du reste, dans les cinq ou six jours qui suivent, on assiste à l'expulsion de débris sphacélés et noirâtres, à odeur légèrement fétide. Malgré cela,

---

(1) Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris. Séance du 12 octobre 1903. (Voir p. 386).

l'état général reste assez bon et, pendant les premiers jours, les lochies sont abondantes et normales. Mais à partir du 10e jour, l'écoulement lochial se tarit brusquement ; à dater de ce jour, toute perte génitale est complètement supprimée.

Cette dame se lève au bout d'un mois, et c'est en vain qu'elle attend son retour de couches. Elle remarque seulement, vers le 40e jour qui suit l'accouchement, des douleurs de reins excessivement vives qui persistent une quinzaine de jours. Au mois de décembre et de janvier, les règles ne se montrent pas davantage ; les douleurs de reins et du bas-ventre persistent et s'exagèrent.

A partir des premiers jours de février, c'est-à-dire 3 mois et demi après l'accouchement, les douleurs dans les reins sont constantes et particulièrement aiguës, surtout dans la position couchée ou assise. C'est à tel point que la malade passe ses nuits sur un fauteuil, couchée sur le côté et qu'elle prend ses repas debout.

Cette absence de règles lui donne à supposer qu'elle est à nouveau enceinte, d'autant plus qu'elle ressent du côté de l'estomac des troubles qui lui rappellent absolument le début de sa première grossesse. Tel est également l'avis de son médecin qui, sans aucun examen, lui dit en riant qu'elle aura bientôt encore besoin de son ministère.

C'est dans cet état d'esprit qu'elle se rend chez moi le 24 février 1902, pour que je puisse lui confirmer le diagnostic de grossesse.

Par le palper, on trouve une tumeur hypogastrique médiane, assez régulièrement sphérique et remontant à 10 centimètres au-dessus du pubis. On dirait un utérus gravide de 3 mois à 3 mois et demi. Par le toucher, on constate au fond du vagin une sorte de calotte tendue et saillante qui est séparée des parois vaginales par un sillon circulaire. Nulle part le doigt ne parvient à découvrir la saillie du col. Cette surface, qui bombe fortement, est lisse et d'une régularité parfaite dans toute son étendue ; pas la plus petite aspérité, pas le moindre point faible pouvant rappeler le museau de tanche ou l'orifice externe. Le palper bimanuel permet d'apprécier une fluctuation assez obscure se transmettant de la tumeur hypogastrique à la tumeur vaginale.

L'examen direct au spéculum montre au fond du vagin une volumineuse tuméfaction d'un rouge violacé ; un peu en arrière et à

gauche du pôle de celle-ci existe une petite plaque, grande comme une pièce de 50 centimes, de couleur ardoisée.

La tumeur à laquelle j'avais affaire ne pouvait être que l'utérus modifié, et je posai le diagnostic d'*hématométrie par oblitération cicatricielle du col.* Les annexes ne présentaient aucune modification appréciable.

J'exposai à cette dame l'utilité d'une légère intervention à très bref délai, tout en l'avertissant que, d'un moment à l'autre, elle était sous le coup d'une perte assez abondante de sang noir et de caillots.

En effet, le lendemain matin, 25 février, à 11 heures et demie, pendant qu'elle est aux cabinets, elle remarque que sa chemise est tachée de sang, et brusquement, elle perd en grande abondance du sang noir sirupeux et quelques caillots. Puis s'installe un suintement qui persiste jusqu'au soir. Dans les jours qui suivent, la malade prend chaque matin une injection au cyanure de mercure à 25 centigrammes p. 1000.

Le 8 mars, cette dame recommence à souffrir un peu des reins et revient me voir. Je trouve alors un utérus de volume à peu près normal. Au fond du vagin est un col dont la moitié gauche est comme abrasée et fibreuse. Il est impossible de trouver un orifice même avec un très fin stylet. De la partie gauche du col partent deux arcs fibreux très résistants et tendus qui sillonnent la voûte du vagin pour se perdre sur la face latérale gauche. Comme rien ne presse et que je considère comme préférable de ne pas créer de fausse route dans ce col irrégulier et déformé, je donne rendez-vous à cette dame pour le moment où se produira une nouvelle crise.

Dans la nuit du 17 au 18 mars, elle éprouve de nouvelles douleurs dans les reins et le bas-ventre et perd quelques gouttes de sang, d'abord noir, puis bien rouge ; elle se rend chez moi le 19. Au niveau du col, je constate un suintement très discret de sang épais, noir et mélangé de pus. Ni stylet, ni hystéromètre ne peuvent franchir le petit orifice punctiforme qui représente l'orifice externe. Un coup de bistouri à lame très mince donne issue à une assez grande quantité de liquide hématique et purulent. L'hystéromètre s'enfonce alors à 9 centimètres. Les tiges de Hégar n° 4, 5 et 6 sont ensuite passées avec assez de facilité.

Le lendemain, nouvelle séance de dilatation avec les bougies 6, 7 et 8 et lavage avec la sonde irrigatrice de Segond, qui fait passer dans la cavité utérine 1 litre et demi d'eau formolée à 5 p. 1000.

Le 24 mars, troisième séance de dilatation, nouveau lavage et mise en place d'une tige-drain d'aluminium (modèle de Lefour), maintenue par le pessaire d'aluminium de Sengensse.

Je ne revois plus cette dame que le 28 mai, c'est-à-dire plus de deux mois après cette dernière petite intervention. Les douleurs ont complètement disparu. Le 15 avril et le 10 mai, les règles se sont montrées tout à fait normales et indolentes. J'enlève alors la tige d'aluminium, je passe facilement à sa suite les bougies de Hégar nos 6, 7 et 8 et je mesure l'utérus, dont la cavité n'excède pas maintenant 7 centimètres.

Je procède également à l'examen du bassin de cette dame, dont la taille est petite et les membres courts, quoique non déformés. Il s'agit d'un bassin rachitique, à type annelé, dont le promontoire assez élevé est à 10 centimètres du sous-pubis.

Depuis cette époque, j'ai eu à plusieurs reprises des nouvelles de cette malade et j'ai appris que sa santé s'est maintenue excellente.

Voici l'exposé de ce cas d'hématométrie dont la cause me paraît intéressante et dont la thérapeutique a été facile.

Maintenant une autre question, excessivement importante pour l'avenir, se pose : cette dame redeviendra très problablement enceinte, car elle a un désir extrême d'avoir un enfant? Comment devra-t-on agir pour mener à bien son prochain accouchement?

Je vous rappelle qu'elle a un bassin aplati dont le diamètre utile est de 8 centimètres environ et que le col ainsi que le dôme du vagin sont le siège de cicatrices profondes et étendues. Je me demande donc si, le cas échéant, une symphyséotomie serait de mise. Il y a ici un double obstacle, obstacle osseux et obstacle cicatriciel, et j'avoue que ce n'est

pas sans de très grosses craintes que j'entreprendrais dans ces conditions une pelvitomie qui pourrait être l'occasion de délabrements graves.

C'est pourquoi, si le prochain accouchement s'annonçait comme véritablement dystocique et justiciable d'autre chose que d'une application de forceps simple, j'opterais délibérément pour l'opération césarienne, qui, dans le cas particulier me paraît être l'opération conservatrice la moins dangereuse.

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE CONGÉNITALE DU POUMON

Histogenèse des dégénérescences kystiques congénitales des organes glandulaires (rein, foie, pancréas, poumon).

Par **A. Couvelaire**, Chef de clinique de la Faculté (1).

Je viens d'étudier au laboratoire de la clinique Baudelocque un cas de *dégénérescence kystique congénitale du poumon.*

Le fait est rare, et déjà par la contribution qu'il peut apporter à la question encore mal connue des kystes congénitaux du poumon et des bronchectasies congénitales, il me paraît présenter quelque intérêt. Je le crois, en outre, particulièrement propre à éclairer la pathogénie de la maladie kystique congénitale des organes glandulaires (rein, foie, pancréas, etc.) dont j'ai déjà eu l'occasion d'étudier et de publier quelques spécimens recueillis dans les services de mes maîtres Champetier de Ribes et Porak (2).

I

Et d'abord voici le fait :

Il s'agit d'un nouveau-né dont la mère, primipare de 20 ans, issue de parents actuellement vivants et, paraît-il, bien portants, n'a

---

(1) *Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris.* Séance du 6 juillet 1903.

(2) Couvelaire, Sur la dégénérescence kystique congénitale des organes glandulaires. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1899.

Porak et Couvelaire, Foie polykystique, cause de dystocie. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 14 janvier 1901.

Couvelaire, Dégénérescence kystique congénitale des reins, du foie et du pancréas (Étude histologique). *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, 10 mars 1902.

jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans. Le père, âgé de 28 ans, serait bien portant.

La grossesse évolua sans incident; elle fut d'ailleurs surveillée à la consultation de la Clinique Baudelocque : à aucun moment on ne constata dans les urines la présence d'albumine.

L'accouchement eut lieu spontanément le 7 janvier 1902 (dernières règles, fin mars 1901). Le travail dura 12 heures; la poche des eaux fut rompue artificiellement à la dilatation complète (liquide opalescent).

L'enfant, un garçon, pesait 3.520 grammes.

Le placenta sans altérations macroscopiques pesait 600 grammes.

Rien de particulier ne fut noté dans l'état de l'enfant au moment de la naissance. Il se mit à crier et à respirer d'une façon en apparence normale.

Le 5e jour seulement apparurent les troubles respiratoires : respiration courte et fréquente, accès de cyanose. Rapidement la dyspnée alla croissant, la cyanose devint permanente, l'enfant refusa le sein. On essaya vainement de lui faire boire au verre le lait de sa mère. Le 13 janvier, six jours après sa naissance, il succomba. Aucun diagnostic précis n'avait été posé.

Autopsie. — Je pratiquai l'autopsie 13 heures après la mort et ne trouvai de lésion viscérale macroscopique qu'au niveau des organes thoraciques.

Les organes abdominaux, intestin, foie, rate, pancréas, les organes génitaux, le thymus et le corps thyroïde, le cerveau et la moelle avaient leurs caractères normaux au point de vue de la topographie, du volume et de la structure macroscopique.

Par contre, dès que le plastron sterno-costal fut enlevé, le lobe moyen du poumon droit apparut, faisant hernie à travers la brèche thoracique. Ce lobe, considérablement hypertrophié, cachait les lobes supérieur et inférieur du poumon droit, refoulés dans la gouttière costo-vertébrale, et recouvrait le cœur, fortement rejeté vers la gauche.

La totalité de la masse cardio-pulmonaire fut enlevée avec précaution. Par dissection il fut d'abord reconnu qu'il n'existait aucune anomalie ni du côté des voies respiratoires supérieures, ni du côté des éléments du hile des deux poumons, ni du côté des

gros vaisseaux de la base du cœur. En particulier les bronches lobaires et leurs premières divisions sont perméables et de calibre normal.

Les lobes supérieur (fig. 1, *s*) et inférieur (*i*) du poumon droit sont presque complètement atelectasiés. Sous la plèvre viscérale et dans le parenchyme atelectasié sont disséminées de nombreuses suffusions sanguines.

Le lobe moyen (*mm'*) est énorme. Ses dimensions sont de 7 cm. 5

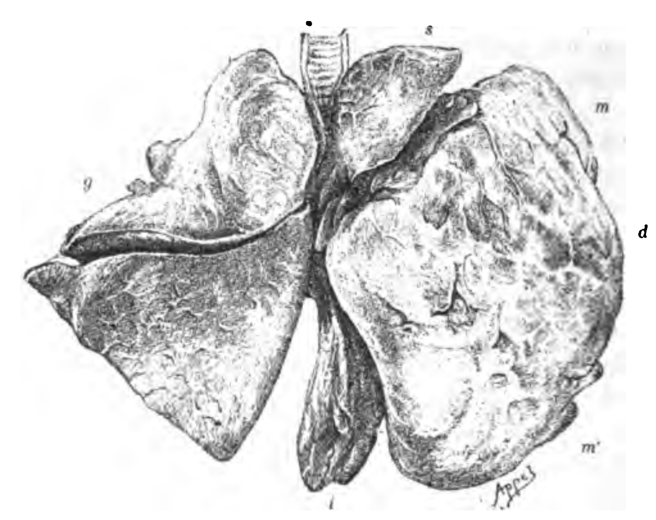


Fig. 1. — Vue postérieure de l'appareil pulmonaire.

g, poumon gauche ; — *d*, poumon droit ; — *s*, lobe supérieur ; — *i*, lobe inférieur ; *mm'*, lobe moyen polymicrokystique.

pour la hauteur, 6 cm. 5 pour la largeur tranversale, 4 cm.5 pour l'épaisseur antéro-postérieure maxima. C'est un bloc polyédrique dont la forme ne rappelle que de loin celle d'un lobe pulmonaire. Ses bords épais (fig. 2) arrondis ne ressemblent en rien aux languettes pulmonaires des poumons normaux. Sa couleur générale blanc rosé tranche avec la couleur violacée foncée des deux lobes supérieur et inférieur. Il est dépressible, et les doigts qui le dépriment s'enfonceraient facilement dans le tissu pulmonaire qui crépite.

La surface pleurale est irrégulière. Elle est divisée par un réseau de fines travées blanchâtres en territoires irrégulièrement poly-

gonaux, ne faisant à l'extérieur que de faibles saillies. Il n'y a pas de bulles d'emphysème. C'est en somme, mais avec des mailles de dimensions beaucoup plus considérables, le réseau interlobulaire que l'on distingue habituellement avec plus ou moins de netteté à la surface du poumon.

A la coupe le tissu pulmonaire apparaît creusé d'un grand nombre de cavités irrégulières de dimensions très variées, mais dont les plus grandes ne dépassent pas 1 centimètre de diamètre. Ces cavités sont remplies d'air et ont leurs parois tapissées par places d'un enduit grumeleux blanc jaunâtre. Leur disposition apparaît nettement sur la photographie représentée figure 2.

Le poumon gauche ne présente d'anormal que quelques discrètes suffusions sanguines sous-pleurales. Il a été dans sa totalité déplissé par l'air.

Le cœur est volumineux et présente une notable hypertrophie du ventricule droit.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE.—*a) Poumon droit, lobe moyen kystique.*— Une tranche horizontale comprenant la totalité du lobe moyen et passant par la région du hile a été prélevée, fixée au formol, durcie dans l'alcool, incluse dans le collodion et débitée en coupes colorées soit à l'hématoxyline-éosine, soit à la fuchsine picriquée.

Sur ces coupes totales, dont l'une est représentée figure 2, on peut à un faible grossissement faire les constatations suivantes.

Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les grandes cavités kystiques dont est creusé le poumon. Ces cavités sont irrégulièrement disséminées dans la totalité du parenchyme pulmonaire. Leur forme est essentiellement irrégulière, et si les irrégularités de leur paroi peuvent en partie être imputées à l'affaissement et à la rétraction de la pièce, il est manifeste qu'elles tiennent aussi à l'existence de nombreuses saillies et dépressions, de papilles intra-kystiques et de diverticules s'enfonçant dans les travées de tissu intercavitaire en dessinant des méandres très sinueux (fig. 3).

Ces formations kystiques ne disloquent pas tellement le parenchyme pulmonaire que l'on ne puisse distinguer, surtout dans les régions sous-pleurales, les différents territoires lobulaires, que l'examen macroscopique de la surface extérieure du poumon permettrait d'ailleurs de reconnaître. Mais les travées conjonctives qui séparent les uns des autres ces lobules plus ou moins déformés

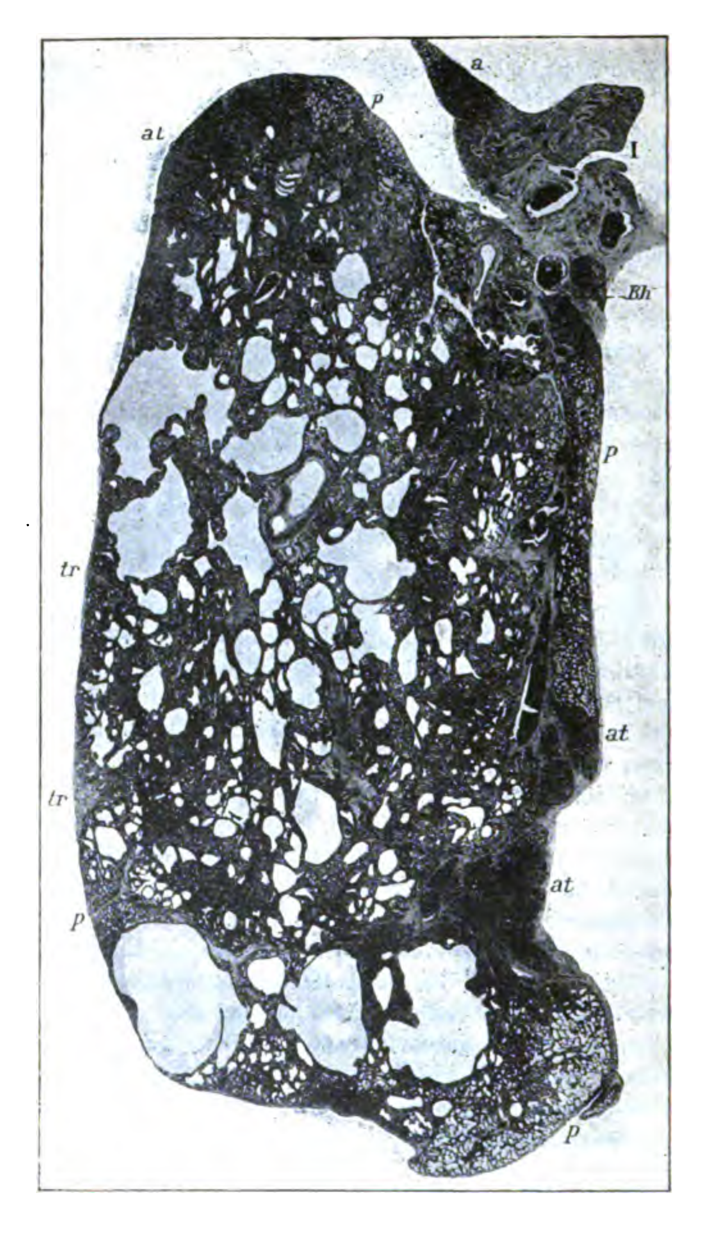


Fig. 2. — Photographie d'une coupe histologique totale comprenant toute l'épaisseur du lobe kystique suivant un plan horizontal passant par le hile (1 = 2).

tr, travées conjonctives interlobulaires; — *p*, parenchyme pulmonaire normal; — *at*, lobules atelectasiés; — B*h*, hile du lobe moyen; — I, lobe inférieur intéressé par la coupe au voisinage du hile.

par les formations kystiques sont notablement moins développées et constituées par un tissu conjonctif de type plus jeune, plus riche en cellules que celles du poumon normal de nouveau-né à

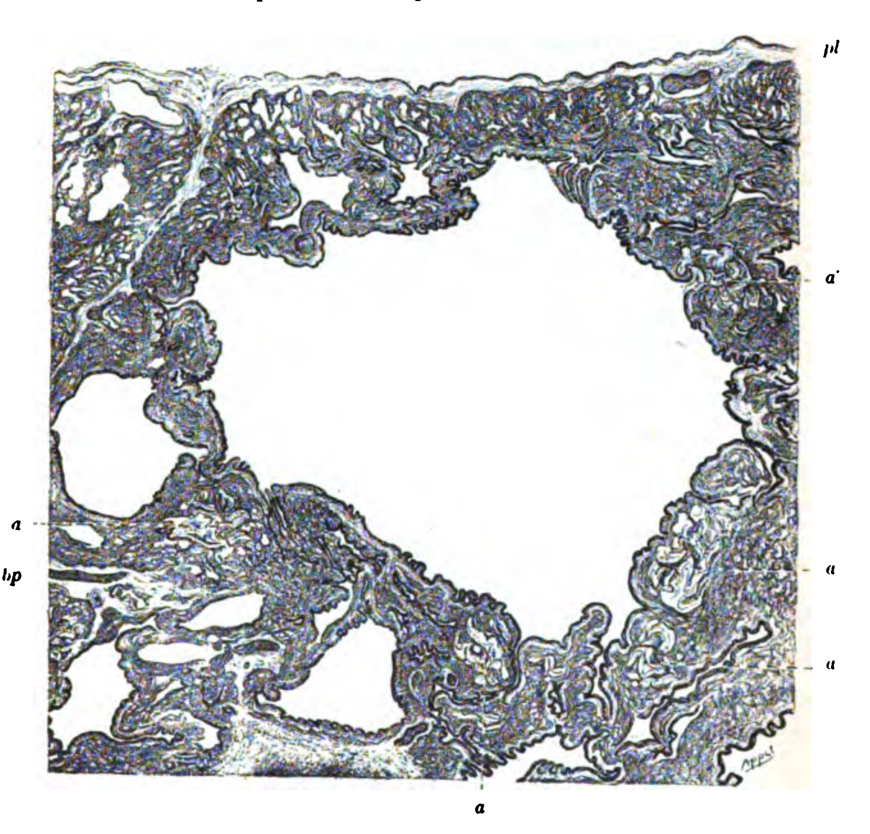


Fig. 3. — Lobule sous-pleural (1 = 40).

pl, plèvre ; — *a*, nodules adénomateux ; — *bp*, travée conjonctive interlobulaire avec la coupe d'une artère, d'une veine et d'une cavité irrégulière représentant la bronche.

terme. L'élément fibrillaire est beaucoup moins abondant que l'élément cellulaire représenté par des cellules étoilées ou fusiformes.

Sur toute l'épaisseur du lobe pulmonaire on reconnaît assez régulièrement réparties dans ces grêles travées conjonctives les sections des branches des vaisseaux pulmonaires, dont le calibre

va diminuant de la région du hile à la surface externe du poumon et dont la structure histologique est normale.

Par contre, en aucun point on ne trouve trace, au moins dans sa forme normale, de l'arbre bronchique intrapulmonaire.

La partie de l'arbre bronchique intermédiaire aux grosses divi-

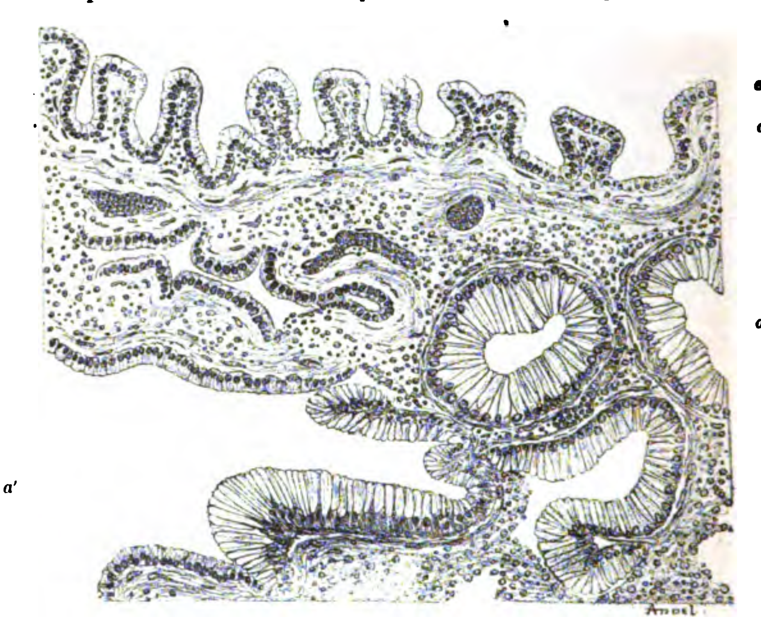


Fig. 4. — Paroi d'un grand kyste et formations adénomateuses (1 = 250).

e, épithélium cubique de revêtement d'un petit kyste; — *c*, gaine conjonctive sous-épithéliale ; — *a*, formation adénomateuse; — *a'*, communication directe des formations adénomateuses et des cavités kystiques.

sions bronchiques du hile et au lobule pulmonaire n'est pas différenciée. Par places, il est vrai, on distingue perdus dans le tissu conjonctif, au voisinage d'un vaisseau sanguin, de rares nodules cartilagineux erratiques sans rapport avec un conduit aérifère. On cherche la bronche et on ne la trouve pas. Sur toute la surface des coupes comprenant toute l'épaisseur du lobe pulmonaire on ne trouve, en dehors du hile, aucun couduit bronchique de structure normale, pas plus de bronche à cartilage que de division bronchique normale sans cartilage. Au lieu et place de la bronche, à côté du

pédicule vasculaire se trouve un conduit plus ou moins ectasié, de forme très irrégulière, de dimensions variables, tapissé par une couche unique d'épithélium cubique semblable à celui qui tapisse la paroi des kystes. Ce revêtement épithélial n'est doublé que par une couche de tissu conjonctif d'épaisseur insignifiante.

Telles sont les particularités les plus importantes que met en lumière l'examen des coupes à un faible grossissement.

A un plus fort grossissement (40 à 250 diamètres) apparaissent les détails que représentent les figures 3 et 4. Prenons un lobule sous-pleural creusé de cavités kystiques nettement appréciables à l'œil nu. L'une d'elle est représentée figure 3. La paroi de cette cavité est extrêmement irrégulière. Elle est hérissée de très nombreuses papilles qui font saillie dans la cavité et se creuse de nombreux prolongements diverticulaires, dont les uns sont de simples culs-de-sac, dont les autres forment un étroit chenal de communication avec des cavités kystiques voisines.

La paroi kystique est constituée par une mince couche conjonctive fibrillaire, que tapisse une couche unique continue d'épithélium cubique dont les éléments cellulaires sont constitués par une faible quantité de protoplasma et un noyau basal occupant la moitié du corps cellulaire. Au niveau de tous les grands kystes et de la majeure partie des cavités à lumière plus ou moins grande qui les entourent, le revêtement épithélial offre les mêmes caractères.

Ce sont d'ailleurs les caractères des conduits extra-lobulaires qui représentent, comme nous l'avons vu, l'arbre bronchique intrapulmonaire.

Mais à ces cavités intra-lobulaires tapissées par un épithélium cubique se trouvent annexées des formations tubulées à type *adénomateux*, qui sont en continuité directe avec elles (*a'* fig. 3 et 4) mais dont les dimensions, l'ordonnance et le revêtement épithélial sont tout à fait différents. Sur les coupes examinées à un faible grossissement elles se détachent en nodules clairs, transparents, accolés aux cavités kystiques. Chaque nodule se présente sur la coupe sous forme de tubes accolés les uns aux autres et séparés par un tissu conjonctif extrêmement peu épais.

La lumière de ces tubes est très réduite et aucun ne présente de dilatation kystique. Ils sont revêtus par une couche de hautes et étroites cellules en palissade à noyau basal et à protoplasma extrê-

mement réfringent. Ce revêtement est en général régulier, mais il peut manquer par places ou, au contraire, se présenter sous forme de houppes cellulaires, recouvrant de grêles papilles conjonctives

Il est facile de constater la communication à plein canal de ces tubes avec les cavités kystiques proprement dites. La transition entre les deux types d'épithélium est toujours brusque.

Cette description des éléments constituants du lobule pulmonaire ne s'applique qu'à un certain nombre de lobules, en particulier aux lobules centraux et à une partie des lobules sous-pleuraux. Au niveau d'un certain nombre de ces derniers, les modifications pathologiques ne sont pas aussi accentuées. Il en est même où à première vue elles paraissent ne pas exister. C'est ainsi que dans les régions *p* (fig. 2) le parenchyme pulmonaire semble avoir ses caractères normaux. A vrai dire, la partie alvéolaire du lobule est absolument normale; elle a sa structure normale, elle a été déplissée régulièrement par l'air, mais la bronche intralobulaire n'est plus reconnaissable. Elle n'est plus calibrée, elle est plus ou moins ectasiée, sa paroi irrégulière présente des saillies et des diverticules. C'est une cavité de même type que les cavités kystiques précédemment étudiées.

D'autres lobules (régions *at*, fig. 2) sont complètement atelectasiés. Le système alvéolaire existe sans avoir été déplissé. Mais le lobule tout entier est creusé de petites cavités kystiques de même ordre que les précédentes. L'étude des portions atelectasiées mais normales comme structure des lobes supérieur et inférieur du poumon droit et du poumon gauche, rend la comparaison et la différenciation extrêmement faciles.

b) *Poumon droit, lobe inférieur.* — Sur les coupes on retrouve l'aspect banal du poumon atelectasié, mais rien de comparable à l'aspect du lobe moyen kystique.

c) *Poumon gauche, lobe inférieur.* — C'est, hormis les légères suffusions sanguines d'ailleurs discrètes, le type du poumon de nouveau-né qui a respiré.

d) *Foie, reins, pancréas, corps thyroïde.* — Ne présentent aucune altération histologique en dehors d'un certain degré de congestion surtout accentué au niveau des reins.

En résumé, chez un nouveau-né à terme ayant vécu 6 jours, dont 5 sans troubles appréciables de la respiration et de la circulation, existait une lésion congénitale consistant en une dégénérescence kystique du lobe moyen du poumon droit.

L'architecture générale du lobe pulmonaire kystique est conservée. Les conduits aérifères forment un système continu depuis les grosses divisions bronchiques du hile jusqu'aux alvéoles du lobule pulmonaire ; mais la différenciation des différentes parties de ces conduits aérifères n'existe que d'une façon rudimentaire.

Si l'on peut sans peine reconstituer le lobule pulmonaire, et dans les parties constituantes de certains d'entre eux retrouver des alvéoles pulmonaires normaux, il est impossible de retrouver avec sa différenciation normale l'arbre bronchique intralobaire. Cet arbre bronchique est représenté par des canaux irrégulièrement calibrés, de structure très simple (revêtement épithélial cubique continu qu'isole une gaine conjonctive d'épaisseur insignifiante), sur lesquels se greffent des formations tubulées adénomateuses.

Les seules ébauches de différenciation bronchique intralobaire sont constituées par quelques rares petits blocs cartilagineux erratiques enchâssés dans le tissu conjonctif au voisinage de vaisseaux pulmonaires.

De cette étude histologique il me semble résulter qu'il s'agit là d'une viciation de développement, d'une *malformation de l'appareil bronchopulmonaire, aboutissant à des formations kystadénomateuses développées suivant le plan architectural ordinaire du poumon fœtal.*



II

La dégénérescence kystique congénitale du poumon est une lésion assez rare. Les recherches bibliographiques que j'ai faites n'ont pas été très fructueuses, et je n'ai pu retrouver que trois mémoires ayant trait à cette question : un mémoire de Grawitz publié en 1880 dans les *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin* de Virchow (t. LXXXII, Heft 2, p. 217), sous le titre : Ueber Angeborne Bronchectasie; — un mémoire de Balzer et Grandhomme publié, en 1886, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (novembre 1886) sous le titre : Contribution à l'étude de la bronchopneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né ; — une communication de Kimla (de Prague) au XII[e] Congrès international de médecine de Moscou (1897) (*Comptes rendus*, vol. II, p. 161) sous le titre : De la dégénérescence kystique des organes glandulaires, communication dans laquelle il est fait allusion à un mémoire spécial de l'auteur présenté à l'Académie des sciences de Bohême en 1899, et dont M. Kimla m'a fort obligeamment envoyé un résumé.

Dans son mémoire, Grawitz relate un cas personnel de bronchectasie kystique du lobe inférieur du poumon droit, qu'il a observé chez un nouveau-né de 3.180 grammes, mort après quelques inspirations. Le sac kystique multiloculaire était tapissé dans toute son étendue par un épithélium cubique stratifié dont la couche la plus interne porte des cils vibratiles. Grawitz pense donc être « en présence d'une dilatation hydropique d'une bronche principale et de toutes ses ramifications, ayant amené la formation d'un kyste où s'ouvrent toutes les petites vésicules isolées, tandis qu'entre elles existent des cloisons qui s'opposent à la communication des vésicules-filles entre elles ».

A son cas personnel Grawitz joint un certain nombre d'observations, notamment une de Meyer concernant un fœtus de

5-6 mois et une de Kessler concernant une fille de 1 an qui, bien portante jusqu'à 5 mois, eut à partir de cette époque des crises de dyspnée et de cyanose et mourut subitement au milieu d'une de ces crises. De ces observations au nombre de 8, empruntées à Kessler, Meyer, Lesser, Fraentzel, Barlow, Virchow, observations qui sont loin de se présenter toutes avec un ensemble de détails suffisants, Grawitz conclut à l'existence de bronchectasies congénitales pouvant dans certains cas être compatibles avec la vie, au moins pendant un certain temps.

Ces bronchectasies se présenteraient sous deux formes anatomiques différentes : *a*) La *Bronchectasis universalis*, forme à laquelle appartiendrait le cas personnel de Grawitz et qui serait caractérisée par la dilatation de tout un territoire bronchique « de façon qu'il existe un kyste central dans lequel débouchent tous les kystes secondaires ». Cette dilatation pourrait s'observer avec ou sans oblitération des grosses bronches adductrices. *b*) La *Bronchectasis telangiectatica*, caractérisée par ce fait que « les bronches présentent de petites dilatations kystiques, se succédant souvent sur la même bronche et séparées par des parties intermédiaires oblitérées ».

Ne pouvant entrer dans la discussion de fond du mémoire de Grawitz, vu l'insuffisance (au point de vue de l'histogénèse) des observations éparses qu'il a réunies, je m'en tiendrai à son observation personnelle qui établit de façon indiscutable l'existence d'une dilatation multiloculaire d'une partie de l'arbre aérien du lobe inférieur du poumon droit d'un nouveau-né, la paroi des poches étant tapissée par un épithélium cubique stratifié à cils vibratiles.

Balzer et Grandhomme ont eu l'occasion d'observer, au niveau du lobe supérieur du poumon gauche d'un nouveau-né issu d'une mère syphilitique et mort un quart d'heure après sa naissance, des lésions qui, par leurs caractères macroscopiques, se rapprochent de celles observées par Grawitz et par

nous-même. Les lésions n'étaient pas limitées au lobe supérieur du poumon. L'examen histologique a permis en effet de les retrouver au niveau des autres parties du poumon en apparence saines.

Cet examen histologique a conduit MM. Balzer et Grandhomme à conclure en ces termes : « Nous nous trouvons en présence d'une bronchopneumonie chronique avec sclérose, déformation et commencement de dilatation des bronches. Peu accusées encore sur les bronches à cartilages, les altérations prédominent dans les bronches lobulaires et intra-lobulaires ; elles diminuent de nouveau lorsqu'on arrive aux alvéoles, qui participent beaucoup moins au processus. La sclérose prend un développement considérable dans tous les espaces conjonctifs péri-bronchiques et péri-lobulaires, autour des artères et des veines ; tandis que les artères tendent à s'oblitérer, les veines se congestionnent et se dilatent d'une manière remarquable. »

Ce sont surtout ces lésions du poumon en apparence sain qui démontrent, selon M. Balzer (1), la nature syphilitique des lésions énormes constatées au niveau du lobe kystique.

Voici la description que donnent MM. Balzer et Grandhomme des lésions du lobe kystique :

Les coupes faites après durcissement dans l'alcool absolu et colorées au picro-carminate d'ammoniaque montrent que les lésions sont celles de la bronchopneumonie chronique avec dilatation des bronches et sclérose progressive de parenchyme pulmonaire.

Les bronches à cartilages et même quelques bronches intralobulaires ont résisté au processus dans une certaine mesure.

Elles sont un peu dilatées, déformées quelquefois, mais toujours facilement reconnaissables. Les gros vaisseaux qui les accompagnent sont également dilatés, et leur tunique adventice est considérablement épaissie.

Du reste, tout le tissu conjonctif s'est beaucoup développé : dense et serré autour des vaisseaux et des bronches, il est beau-

(1) *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, t. VII, p. 793, 1900.

coup plus lâche à une certaine distance du hile. Partout il contient un grand nombre de cellules embryonnaires rondes et fusiformes, plus abondantes en certains points, surtout à la périphérie des vaisseaux.

Les altérations s'accentuent lorsqu'on arrive aux bronches intralobulaires et au parenchyme pulmonaire.

Les bronches intralobulaires ne sont pas toujours reconnaissables : il existe de vastes espaces vides dont la périphérie est constituée par des alvéoles tassés ; çà et là on retrouve parfois des vestiges de la paroi bronchique avec l'épithélium caractéristique, qui indiquent que l'on a sous les yeux une bronche dilatée et en grande partie détruite. Ailleurs il n'existe aucun vestige de la paroi, c'est seulement le vaisseau satellite de la bronche qui fait reconnaître la place qu'elle occupait; elle est remplacée par un vaste espace à bords anfractueux constitués par les alvéoles pulmonaires. Enfin, dans certains points, la bronche est seulement dilatée et déformée, et l'on peut suivre ainsi les altérations progressives qui, commençant par la dilatation et la déformation des bronches, aboutissent en dernier terme à la formation de ces ampoules dont les parois sont formées, partie par les débris des parois bronchiques et partie par les alvéoles péribronchiques.

S'il y a travail d'ulcération, il ne s'observe pas ici avec la même netteté que dans les dilatations bronchiques d'une autre origine. Nous sommes portés à admettre qu'il a dû se produire en quelques points, en raison de la constitution de la paroi, des ampoules où l'on ne retrouve plus en beaucoup de points la paroi bronchique, mais seulement les cloisons des alvéoles tassés et refoulés. Il n'est pas rare de trouver dans l'épaisseur de ces parois des bronchioles acineuses qui n'ont pas été atteintes par le processus. Ce qui nous rend réservés au sujet du travail d'ulcération, c'est encore la grande quantité des épithéliums cylindriques à cils vibratiles constatés dans le liquide des cavités ampullaires. Le décollement des épithéliums empêche de reconnaître aussi facilement ce qui reste de sa bronche dans la paroi de ces grandes cavités. Ici, en outre, le travail d'ulcération n'a pas les mêmes raisons de se produire que dans les autres bronchopneumonies : le processus est surtout interstitiel, il atteint peu les surfaces épithéliales et se localise manifestement dans la trame conjonctivo-vasculaire, ainsi que cela paraît être la règle générale pour les bronchopneumonies syphilitiques.

je crois encore que la dégénérescence kystique congénitale d'une glande peut exister sans oblitération de ses conduits. Je n'en veux pour preuve que les faits de dégénérescence kystique congénitale du poumon que j'ai observés. Quelle est la sécrétion de la glande pulmonaire? Est-ce la rétention de cette sécrétion qui a produit toutes ces ectasies kystiques? Est-ce l'oblitération des bronches et la rétention qui peuvent expliquer l'aplasie de tout le système bronchique intralobaire? Est-ce la rétention qui a produit ces formations tubulées adénomateuses si exubérantes? Je ne le pense pas. D'ailleurs, tout le système des cavités kystiques était perméable à l'air.

Autrement dit, si à l'heure actuelle il faut faire une place à part aux faits du type Brouha, dans lesquels l'oblitération des conduits par vice de développement et les formations kystiques canaliculaires coexistent, il faut reconnaître qu'il existe toute une catégorie de faits (la seule qui fut, suivant moi, absolument démontrée en 1899) dans laquelle le processus de formation kystique est indépendant de toute oblitération canaliculaire.

Pour moi je m'en tiens à ce que j'ai dit en 1899, puis en 1900, à propos des kystes congénitaux du rein, du foie, du pancréas que j'ai étudiés, et je répète : Il s'agit d'une perversion de développement, d'une monstruosité résultant de l'évolution anormale mais systématisée des épithéliums canaliculaires et de la gaine mésodermique des canaux qu'ils revêtent. Le processus endodermique (épithélial) et le processus mésodermique (conjonctif) sont associés. Mais qu'il y ait ou non, du fait d'une exubérance exceptionnelle du processus mésodermique, morcellement des formations glandulaires primitives, il n'en est pas moins vrai que le *processus endodermique reste le facteur essentiel, nécessaire et suffisant des formations kystiques.*

J'ajoute que le cortège de monstruosités plus banales, qui souvent accompagne ces malformations glandulaires, leur caractère souvent familial, viennent attester qu'il s'agit d'un processus général dont la cause doit être cherchée dans l'action dystrophiante des tares pathologiques des procréateurs.

REVUE GÉNÉRALE

DU DÉCIDUOME MALIN

D'APRÈS TEACHER (J. H.) (1).

par le Dr R. Labusquière.

L'auteur, en 1898, rapportait le premier cas observé en Ecosse de ce qu'on avait appelé le *déciduome malin.* Depuis, il eut l'occasion d'étudier d'autres pièces pathologiques de cet ordre dont, en raison de sa compétence spéciale, on lui confia l'examen. En outre, dans un voyage sur le continent, il fit une laborieuse enquête auprès des savants qui s'étaient le plus occupés du même sujet, à Prague, Dresde, Kiel, Leipzig, etc. ; il put ainsi, grâce à l'obligeance de différents observateurs, examiner à son tour les pièces pathologiques, les préparations qu'ils avaient faites et en obtenir des échantillons qu'il étudia lui-même à loisir. Et, documenté à fond, il élabora le travail actuel qui, avec une marque très personnelle, représente une parfaite mise au point de la question. Sa monographie est divisée de la façon suivante : 1° Introduction ; 2° Histoire du chorio-épithéliome ; 3° Prototype physiologique du chorio-épithéliome ; 4° Relation des cas ; 5° Anatomie histologique ; 6° Chorio-épithéliome des tératomes ; 7° Explication des figures ;

---

(1) *Du chorio-épithéliome et de l'apparition de structures anatomiques semblables au chorio-épithéliome et à la môle hydatiforme dans les tératomes. Etude pathologique et clinique* (on chorio-epithelioma and the occurrence of chorio-epitheliomatous and hydatidiform mole-like structures in teratoma. A pathological and clinical study). J. Teacher. *The Journ. of. obst. a. gynec. of the British Emp.*, juillet, 1903, p. 1.

8° Etiologie, diagnostic, pronostic ; 9° Traitement, classification, conclusions, etc. Le paragraphe 3, *prototype physiologique du chorio-épithéliome*, est tout à fait intéressant. L'auteur y fait un exposé minutieux du processus de la placentation, rappelant les anciennes doctrines et analysant soigneusement les travaux multiples et importants sur ce sujet des dernières années (Winckler, Waldeyer, Langhans, Pfannenstiel, Selenka, Strahl, Gunser, Kossmann, Merttens, Keibel, V. Beneden, Hubrecht, M. Duval, Huxley, Osborne, V. Spee, Léopold, Webster, H. Peters, Siegenbeek v. Heukelom, etc.). La notion capitale que l'auteur tient pour acquise — notion d'ailleurs la plus accréditée à l'heure actuelle, bien que contestée encore par quelques spécialistes en la matière et de talent — c'est que *l'épithélium périvilleux est totalement d'origine fœtale, épiblastique*, que de l'épiblaste fœtal dérive le *trophoblaste*, organe ectodermique à tendance envahissante, et destructrice jusqu'à un certain degré dans les conditions normales, degré limité alors par la réaction circonvoisine du tissu maternel, à la faveur de quoi s'effectue la greffe, ou plutôt l'enfouissement de l'œuf. Et ce trophoblaste actif, destructeur relatif des éléments anatomiques maternels, serait le prototype physiologique du chorio-épithéliome (1).

(1) Ici l'auteur schématise de la façon suivante le développement du placenta. Autour de l'œuf, les tissus maternels sont détruits sur une grande étendue, le trophoblaste utilisant vraisemblablement pour sa nutrition les débris dégénérés. Alors, en dehors de cette zone de destruction, une réaction se fait dans les tissus maternels, ils commencent à proliférer, formant ce que, dans l'espèce humaine, on appelle caduque. Une sorte d'équilibre s'établit entre les tissus maternels hyperplasiés et le trophoblaste, l'union s'accomplit à ce moment entre les tissus maternels et fœtaux, et dans les points où les vaisseaux sanguins maternels ont été déchirés, le trophoblaste se trouve creusé, taraudé en une sorte de tissu spongieux dont les cavités contiennent du sang maternel. Ce sang ne caille pas. Au contraire, les cavités du trophoblaste se substituent aux vaisseaux, fonctionnant comme si elles faisaient partie de la circulation maternelle : *il y a là un placenta primitif, complet*. Il n'y a pas eu extension de l'épithélium maternel dans les cavités pour leur constituer une membrane de revêtement. Comme l'épithélium maternel, l'endothélium en contact avec le tro-

Après la relation des cas, l'auteur entre dans la description minutieuse des détails histologiques que l'examen soigneux des pièces pathologiques lui a permis de constater; en raison de son importance, nous avons traduit *in extenso* cette partie de son mémoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (*examen histologique*). — La tumeur présente deux formes cellulaires principales :

1° *Le Syncitium* (*syncytia* ou *plasmodia*) : grandes masses de protoplasma multi-nucléées, de formes et de dimensions diverses, cellules géantes rondes ou ovales, longues bandes, pelotons, masses tout à fait irrégulières de tissu. Celles-ci sont fréquemment creusée de vacuoles qui peuvent contenir du sang liquide et qui, souvent, l'enveloppent dans un réseau à fines trabécules. En général, les noyaux sont petits, ovales, denses, se colorent uniformément et profondément par les colorants ordinaires de la chromatine (chromatine Stain), caractères ordinaires du syncitium dans le placenta normal.

Mais, assez souvent, on voit dans le syncitium des noyaux d'un autre type ; il s'en trouve par exemple de grands, clairs et vésiculeux, avec un réseau intranucléaire, nettement marqué, avec un ou plusieurs nucléoles et manifestant une réaction colorante comparativement faible. Pas de figures karyokinétiques, mais des marques de division directe. Le protoplasma a un aspect opaque et se colore fortement par l'éosine et les autres colorants du plasma. La différenciation du syncitium d'avec les autres formes cellulaires principales est particulièrement réalisée par l'hémalun et la solution de V. Gieson. Par cette combinaison colorante, la couleur du cytoplasme varie du vert profond, et à travers les

---

phoblaste disparaît simplement et est remplacé par les cellulles fœtales. Ultérieurement, avec le développement de l'ébauche embryonnaire et sa différenciation en trois feuillets primitifs, le mésoblaste fœtal, porteur des vaisseaux sanguins, entre en combinaison avec le trophoblaste, ce qui aboutit à la formation de villosités, constituées de portions centrales de mésoblaste fœtal, recouvertes par le trophoblaste qui devient ainsi l'épithélium des villosités, tandis que les cavités dont il est creusé deviennent les espaces sanguins ; c'est maintenant *un placenta définitif, pourvu d'une circulation de sang maternel et d'une circulation de sang fœtal et dont les tissus composants sont entièrement fœtaux.*

nuances légères du vert, au jaune, gris et brun. Les nuances légères de vert sont caractéristiques des tissus qui, à en juger par les noyaux réguliers, ovales, denses, vésiculeux, sont jeunes et actifs. C'est aussi un caractère des prolongements, des avancées de syncitium nombreuses, qui infiltrent les muscles avoisinants, qui les différencie nettement des fibres musculaires, celles-ci présentant une coloration jaune, franche. Les masses syncitiales en voie de nécrose peuvent présenter une coloration vert très foncé, ou plus ou moins jaune (en quelques cas, brunâtre) ; dans les stades avancés, une coloration franchement jaunâtre, très semblable à celle des fibres musculaires. Dans ces conditions, les nucléoles sont petits, ratatinés, dentelés et fortement colorés (*pyknotic nuclei*). Semblables cellules sont fréquemment chargées de globules gras ; il semble qu'il s'agisse de dégénération graisseuse, bien que, parfois, cela se manifeste dans des masses à aspect sain, et puisse être la graisse physiologique du syncitium normal.

Examiné avec un objectif à immersion dans l'huile, le cytoplasme paraît avoir la structure d'un tissu spongieux (structure alvéolaire). Mais au point de vue de la netteté, ce caractère est très variable. Dans les masses jeunes, le protoplasme est si opaque et si uniforme, qu'il se manifeste à peine, tandis que dans les masses plus anciennes, qu'en particulier dans certaines avec des vacuoles, on constate une disposition entièrement spongieuse, grossière. Cette disposition est tout à fait différente de la vacuolisation et tout à fait indépendante. Un aspect souvent constaté est le suivant : le long des nappes hémorragiques, dans les endroits où les tissus ont été refoulés sur les côtés et étalés, le réseau se trouve étiré, aplati de façon à simuler la disposition fibrillaire longitudinale des cellules musculaires, mais sans en avoir la finesse, la délicatesse et la régularité. Un certain nombre des masses syncitiales intermusculaires sont très fines, très étirées, et, bien que d'une coloration un peu pâle, elles offrent un aspect capable de donner l'impression qu'il s'agit de cellules musculaires modifiées. L'origine des cellules du sarcome des éléments musculaires de l'utérus est bien connue, et sans doute ce sont des aspects anatomiques semblables à ceux décrits ci-dessus qui conduisirent Menge, et plus récemment K. Winkler, à considérer le déciduome comme un sarcome ayant son origine dans la musculeuse de l'utérus. Whittrige Williams, qui fut un des premiers à préciser l'origine des cel-

pour un sarcome issu du muscle utérin, et il la décrivit comme telle dans sa note préliminaire; mais, ultérieurement, il reconnut et marqua son erreur. On constate aussi des cellules mono-nucléées et à protoplasma identique à celui du syncitium. On s'en occupera plus loin.

J'ai pu, dans le placenta normal ou dans la môle hydatiforme, qui ne fut pas le point de départ d'un processus malin, constater la plupart des modifications du syncitium notées dans la tumeur. Les gros noyaux vésiculeux dans le syncitium doivent être tenus pour un signe de grande activité, et dans une question de diagnostic je les regarderai comme anormaux. On ne peut les prendre pour un signe sûr de malignité, car on peut les voir dans la môle hydatiforme bénigne et dans le trophoblaste jeune d'œufs comme ceux de Peters et de Siegenbeek van Heukelom. On aperçoit souvent, très nettement, dans les tumeurs, le bord dit *cilié*.

2° *Cellules mono-nucléées*, bien définies, individualisées, qui, dans une pièce contenant des villosités, paraissent dérivées de la couche de Langhans. D'ordinaire, elles forment des masses de quelque importance intimement unies au syncitium. Le rapport régulier qu'on aperçoit sur les villosités où le syncitium forme une mince couche enveloppant les cellules individualisées, s'observe également dans la tumeur; toutefois, la disposition entre les deux sortes d'éléments est moins régulière; c'est une exagération de ce que l'on voit dans les groupes cellulaires et dans les expansions au point d'attache des villosités à la caduque. Dans les points où la tumeur entre en contact avec les tissus maternels, le syncitium, exactement comme dans le placenta, apparaît sur les côtés des masses cellulaires, et l'on voit les cellules individualisées en contact immédiat avec le muscle ou avec le tissu, quel qu'il soit, et même l'infiltrant sur une certaine étendue. Le syncitium peut constituer un simple ourlet, en forme d'endothélium, aux masses cellulaires, ou bien former une bordure large et pousser des prolongements entre les cellules individualisées. On aperçoit souvent des restes, comme des lambeaux, de tissu connectif parmi les cellules de la tumeur; ils sont fins et de couleur rouge vif.

Le cellules individualisées dans leur stade jeune sont petites, polyédrique et intimement accolées entre elles. Les noyaux sont ronds ou ovales, clairs, vésiculeux, avec un réticulum intra-



nucléaire bien marqué, des nucléoles volumineux, et se colorent peu profondément.

Ils sont, par rapport au corps cellulaire, très volumineux. Le cytoplasme à un faible grossissement est plus clair que celui du syncitium, et ne se colore pas promptement avec l'éosine. Avec l'hémalun et la solution de Gieson, il a une couleur vert gris et n'est pas très clair. A un fort grossissement, on reconnaît que l'opacité est due à la présence d'un réticulum fin, serré, se colorant en noir; il diffère tout à fait de la structure alvéolaire du syncitium. Les cellules anciennes sont plus claires et plus grandes, leurs contours sont nettement accusés; à la façon dont elles sont accolées entre elles, ce sont des cellules épithéliales typiques. Le réticulum est plus large et moins fortement coloré; les noyaux sont plus volumineux, mais les corps cellulaires sont relativement encore plus développés. La multiplication se fait par karyokinèse. Les figures karyokinétiques sont parfaitement régulières, et on n'observe pas de mitoses multiples. Leur nombre varie beaucoup suivant les divers champs observés. Les cellules en voie de division sont volumineuses et claires, le réticulum est très ouvert et à première vue on croirait qu'il s'est rétracté.

3° Il existe encore des cellules volumineuses, de formes et de dimensions très variables, qui ne correspondent pas à un des types déjà mentionnés. Ce sont des cellules volumineuses, contenant de un ou deux à dix noyaux et plus. Elles se montrent sous deux aspects:

a) En masses qui, à la coupe, sont soit attachées à la paroi utérine, soit détachées et situées dans le sang (fluide ou coagulé), ou bien enfoncées dans la fibrine;

b) Infiltrant les tissus maternels.

Ce sont ces cellules qui ont donné lieu à la plupart des divergences d'opinion relativement à l'interprétation de la tumeur; leur origine et leurs rapports ont été décrits *ad nauseam*. Leur continuité avec les deux premières classes de cellules des tumeurs ordinaires et avec l'épithélium des villosités dans les cas où celles-ci étaient présentes est manifeste. Elles correspondent aux amas cellulaires et aux expansions aux extrémités des villosités, et aux cellules migratrices épithéliales envahissantes. Mais la variété des formes cellulaires et le degré d'infiltration du tissu utérin sont beaucoup plus considérables que sur les préparations ordinaires

de placenta. Dans les masses d'épithélium hypertrophié de la môle hydatiforme bénigne, la variété des formes cellulaires se rapproche plus de celle-là, en sorte que le diagnostic différentiel sur cette base est impossible. Le rapport aux tissus adjacents est aussi une exagération de ce qu'on trouve dans le placenta normal. Là, elles sont d'ordinaire séparées de la caduque par la couche de fibrine canaliséo ; où, si elles l'infiltrent, l'infiltration est faible.

Dans les môles hydatiformes qui ont été examinées *in situ*, cependant, un plus haut degré d'infiltration qu'à l'état normal est caractéristique; en sorte que, sous ce point de vue encore, il n'est pas possible de tirer avec la tumeur actuelle de ligne de démarcation nette. On rencontre des cellules de toutes sortes, qu'on peut rapporter à l'épithélium chorial, profondément dans la caduque et même dans la musculeuse.

Dans le cas 1, on trouva des cellules déciduales typiques près du bord de la tumeur. Il n'y avait pas d'éléments de la tumeur dans le tissu décidual.

A la bordure de la tumeur, les tissus maternels offrent un certain degré de réaction inflammatoire. Le sang, dans les vaisseaux ou extravasé, liquide ou coagulé, contient une forte proportion de leucocytes, principalement polymorphonucléaires. On voit nombre de cellules de cet ordre *parmi* les cellules de la tumeur (de toutes sortes); et on en voit beaucoup *dans* les cellules de la tumeur; celles-ci fréquemment se trouvent dans des vacuoles et présentent des marques de dégénérescence; le syncitium et ces cellules volumineuses manifestent des propriétés phagocytiques.

Les tissus maternels envahis peuvent être: *a*) la musculeuse utérine; *b*) le tissu connectif, ou *c*) les parois des vaisseaux sanguins. On voit, non rarement, des masses de cellules de la tumeur entre les fibres musculaires; éventuellement, les cellules de la tumeur paraissent enfoncées dans la substance musculaire; mais, le plus souvent, le muscle dans le voisinage immédiat de la tumeur s'est atrophié et a disparu avant que les éléments envahissants l'aient atteint en nombre notable. Aussi, les cellules de la tumeur sont-elles principalement situées dans le tissu connectif, qui peut avoir un aspect érodé et présenter des marques de dégénérescence hyaline ou qui peut avoir été transformé en tissu de granulation.

En ces points, la tumeur a tout à fait l'aspect d'un sarcome infiltrant; mais les caractères changent à mesure que l'on revient

[illegible]

[illegible] C'est comme si les cellules qui ont envahi les tissus maternels avaient perdu leur faculté de reproduction et pris un développement végétatif exagéré. Ainsi nombre de cellules mononucléées sont d'un très grand volume, 6 ou 7 fois celui des cellules parentes, et possèdent un



noyau volumineux en proportion, qui peut contenir une très grande quantité de chromatine. D'autre part, dans beaucoup de ces cellules le noyau s'est divisé, et le cytoplasme montre des changements de l'ordre de ceux qui caractérisent le syncitium. Ces changements sont d'observation plus nette dans les masses cellulaires où le tissu interstitiel ne complique pas le dessin.

L'augmentation en volume des cellules va avec un changement dans le caractère du cystoplasme; le réticulum devient plus serré et plus opaque, et aussi change de la teinte grise des cellules typiques de la couche de Langhans au vert clair ou jaune vert. Les figures karyokinétiques sont rares dans ces cellules volumineuses, mais j'en ai vu des exemples typiques au niveau de cellules de caractères semblables qui contenaient deux noyaux ou plus. Je regarde cela comme la preuve de la division nucléaire directe et indirecte survenant parallèlement dans des cellules de provenance commune, mais qui s'écartent suivant des lignes différentes de développement. Avec ces cellules contrastent vivement les prolongements et les masses sombres de syncitium; mais, dans d'autres nodules cellulaires semblables, on voit d'autres éléments intermédiaires entre les cellules géantes et le syncitium vacuolisé, vert foncé. On suit moins cette filiation que celle de la couche de Langhans dans les cellules géantes, parce qu'on ne trouve pas toutes les formes intermédiaires dans un seul amas de cellules.

Outre les formes intermédiaires, on a déjà mentionné les cellules individualisées à un, deux ou plusieurs noyaux et à cytoplasme foncé typique de l'espèce syncitiale ; ces éléments s'observent çà et là soit sous forme de masses libres soit sous forme d'infiltrats. Ils paraissent provenir de la séparation, du détachement de nombre de très petits bourgeons syncitiaux — une prolifération directe avec une séparation de syncitium.

Les rapports entre les formes cellulaires diverses dans la tumeur et leur prototype physiologique sont les suivants : 1° Le type primitif dont toutes dérivent vraisemblablement est, sans doute, une cellule mono-nucléée, cellule blastomère non différenciée. Dans le trophoblaste différencié, ou épithélium chorial, il est représenté par les cellules individualisées ou cellules de la couche de Langhans. Le syncitium dérive de celles-ci par bourgeonnement de la cellule de Langhans et division (amitosique) du noyau sans division du corps cellulaire; il est le produit d'un processus de prolifé-

ration et non de la fusion de cellules différenciées préexistantes.

2° Eléments de la couche de Langhans et syncitium ont chacun un grand pouvoir de prolifération, de multiplication en cellules de leur propre type. Elles sont ainsi, dans un sens, capables d'un développement indépendant, bien que d'ordinaire elles se développent parallèlement. Cette indépendance relative se manifeste dans la persistance du syncitium après la disparition de la couche de Langhans. Egalement, le syncitium émet des bourgeons qui peuvent être mono-nucléés ou multi-nucléés, et conserver plus ou moins exactement les caractères cytoplasmiques des tissus parents (les cellules migratrices).

3° Un retour du syncitium aux cellules de Langhans est possible par la différenciation dans le premier de cellules claires qui ont les caractères et le mode de multiplication (mitosique) des éléments de la couche de Langhans.

Modifications dégénératives. — Les principales modifications dégénératives dans les cellules individualisées sont la rétraction du cytoplasme, l'écrasement réciproque des cellules amenant une contraction fusiforme, irrégulière du noyau avec perte de la structure intra-nucléaire distincte. Dans les portions dégénérées, il n'y a plus distinction des deux couches. Le syncitium conserve ses caractères plus longtemps; aussi, s'il reste quelque tissu vivant, ce sera probablement une masse de cellules volumineuses, de formes et de dimensions très diverses jusqu'aux éléments volumineux de syncitium (up to the large syncytia). L'aspect éveille au moins l'idée d'une production maligne d'une certaine espèce, sinon d'un chorio-épithéliome.

La tumeur paraît avoir une tendance, à laquelle sont reliés plusieurs de ses principaux caractères, à attaquer les vaisseaux sanguins. Cette attaque se fait de diverses façons, bien décrites par Marchand : *a*) la tumeur bourgeonne dans les embouchures des sinus sanguins, s'attache et les envahit par le dedans ; *b*) la tumeur envahissante attaque les vaisseaux du dehors, détruisant la paroi, la remplaçant. Parvenues jusqu'à l'endothélium, les cellules de la tumeur s'ordonnent, s'échelonnent le long de l'endothélium, au-dessous de lui jusqu'à une certaine distance, en sorte qu'on a comme un tube endothélial dans une gaine de cellules volumineuses de la tumeur. Parfois, un bourgeon de tumeur invagine l'endothélium dans la lumière du vaisseau. Les vaisseaux san-

guins envahis (au moins ceux attaqués du dedans) se dilatent, condition particulièrement frappante dans les métastases vaginales qui, d'ordinaire, sont prises pour des veines variqueuses. Finalement, l'épithélium disparaît ou cède. A ce moment, d'une part, les cellules de la tumeur pénètrent dans le vaisseau, et, d'autre part, des extravasations sanguines se font dans la tumeur. Tandis que dans l'enfouissement normal de l'œuf, les vaisseaux qui sont ouverts par le trophoblaste ou qui s'y rompent ne sont que des capillaires ou de très petites veines, au contraire, on peut rencontrer dans la tumeur des veines très grosses, à parois complètement détruites. Les artères, pourvues de parois épaisses, sont, en général, peu affectées par la tumeur. Ces conditions anatomiques expliquent à la fois les hémorragies violentes qui constituent un caractère si important du néoplasme, les métastases par l'intermédiaire du courant sanguin et la tendance à la dégénérescence et à la nécrose des cellules.

* * *

Ici se place le chapitre intéressant consacré à l'étude du *chorio-épithéliome des tératomes* (1). « Jusqu'à ces derniers

---

(1) Avant de chercher à dégager la signification de ces faits curieux et inattendus, l'auteur fait une incursion intéressante dans le domaine de la pathologie des tumeurs, dans le but de préciser ce qu'il faut entendre par *tératomes*. Or, sur cette question, les opinions sont encore loin d'être unanimes. Bland Sutton définit les *tératomes* : des tumeurs qui, nettement, ont pour point de départ des restes d'un fœtus inclus. L'école allemande, Bonnet, Wilms, Marchand, etc., emploient ce terme dans un sens moins restrictif. Ce dernier auteur schématise comme suit la question : « Les monstres doubles à formation symétrique, mais de développement inégal, sont exclus des tératomes. Restent les monstres parasitaires vrais, implantations ou inclusions fœtales, chez lesquels les portions unies sont sous le rapport de la forme, du volume, des connexions réciproques tout à fait asymétriques ; règle générale, le parasite est tout à fait rudimentaire, d'un développement très irrégulier, et entièrement solidaire pour la nutrition de l'autre. Ils se divisent en deux groupes : *a*) *intra-amniotiques*, comprenant les parasites de l'extrémité antérieure (épignathus), qui sont attachés à la surface de la tête, plus rarement inclus en elle, et les tératomes de la région sacrée ; *b*) *extra-amniotiques* et inclus par la fermeture de la cavité du corps, c'est-à-dire dans le thorax, dans l'abdomen (*cœlom parasit*) ou de là développés dans les tissus d'origine mésoblastique. Les kystes dermoïdes, reconnus en général comme tumeurs, sont, sans ligne de démarcation précise, rattachés à l'inclusion fœtale. Mais une

temps, cette production pathologique, entrée dans le cadre nosologique il y a 14 années environ, baptisée à sa naissance *déciduome malin*, et depuis diversement dénommée suivant les résultats et les interprétations, très diverses d'ailleurs, des examens microscopiques, avait, au milieu de ces tribulations, conservé au moins ce caractère d'être *nécessairement* liée à une grossesse, à terme ou interrompue prématurément, qu'on rapportât le point de départ du néoplasme à des éléments

---

distinction doit être faite entre eux : 1° Ceux qui proviennent du pincement, de l'inclusion de la peau et qui sont constitués par un simple sac revêtu de peau, et dont les parois, éventuellement, contiennent des tissus cartilagineux, osseux, glandulaires, tumeurs qui s'expliquent aisément par des dislocations de rudiments d'organes dans leur voisinage, tumeurs dermoïdes au niveau de la tête, du cou, dans la région des fentes branchiales primitives, dans le crâne et dans le médiastin ; 2° dermoïdes ou tératomes constitués par l'agglomération complexe de tissus, qui se montrent presque exclusivement dans les organes sexuels, spécialement dans l'ovaire, beaucoup moins souvent dans le testicule.

Bland Sutton appellerait dermoïdes la plupart de ces tumeurs et les ferait dériver des tissus préexistants du sujet qui les porte. Il se base particulièrement sur ce fait que les éléments dominants sont de nature épidermique, et il admet que l'épithélium columnaire, haut des follicules de Graaf, et le stroma voisin sont capables de donner naissance à tous. Par contre, Marchand, Wilms, Bonnet ont montré dans ces tumeurs des représentants des trois feuillets blastodermiques, en sorte que, pour eux, elles ne proviennent pas des tissus mêmes du sujet, mais représentent un blastoderme à trois feuillets (une assise embryonnaire) formé d'après le type du fœtus humain, en raison de quoi les tissus et les organes les premiers individualisés, éléments épiblastiques et tête, prédominent. Et ils appliquent la même hypothèse aux tumeurs solides mixtes de l'ovaire et d'autres organes. D'après cette hypothèse, la plupart en tout cas de ces tumeurs dériveraient non des tissus propres du sujet qui les porte, mais *de quelque cellule incluse ayant la valeur morphologique d'un œuf mûr et fécondé.* Cellule qui, de suite (tumeurs congénitales) ou après un intervalle (tumeurs mixtes de l'âge plus avancé), se développerait en un tératome ou embryome. L'auteur, après cet exposé, déclare se rallier plutôt à la théorie allemande. Et il ajoute : « Dans les dermoïdes de l'ovaire on a vu, éventuellement, des structures anatomiques complexes avec presque tous les tissus du corps, cartilages, os, dents, glandes d'espèces diverses, glandes mammaires, doigts avec ongles, fragments de système nerveux central, épithélium pigmenté analogue à celui de la rétine. Parfois, les dermoïdes de l'ovaire se comportent

anatomiques maternels ou fœtaux. Or, voilà que depuis un certain temps, des observations sont publiées dans lesquelles il est question de tumeurs contenant des tissus identiques aux tissus composants du *déciduome malin*, pour employer l'appellation primitive, aux tissus des môles hydatiformes, tumeurs développées non seulement en dehors de toute grossesse (Kanthack et Eden (1), Lubarsch, Bock), mais observées chez l'homme même, par exemple deux cas de tumeurs du testicule, cités par Schlagenhaufer, dans l'un desquels particulièrement l'examen histologique *mit en évidence une structure anatomique identique, dans les plus petits détails, à celle du chorio-épithéliome.* Dans une autre pièce, on trouva, outre les éléments épiblastiques, des éléments mésoblastiques, au point qu'on aurait pu qualifier la tumeur de *môle hidatiforme maligne chez l'homme !* Et à ces faits aussi curieux qu'intéressants sont venus s'ajouter d'autres cas (Wlassov, M. Callum, Solowij et Kryskowski, etc.). Pas n'est besoin d'insister longuement sur l'intérêt de ces faits, sur les idées qu'ils éveillent, particulièrement sur les hypothèses qu'ils suggèrent touchant la nature et la véritable origine du *déciduome malin* primitivement étudié, et sur l'appui ou l'ébranlement qu'ils peuvent donner aux diverses théories en présence.

***

L'auteur expose ensuite l'*étiologie*, le *diagnostic*, le *pronos-*

---

comme des tumeurs malignes. Les tumeurs mixtes du rein et du testicule ont aussi mauvaise réputation. On sait aussi la malignité des tératomes sacrés, etc. Etant donnée la diversité des éléments anatomiques dans ces tumeurs, rien d'étonnant si l'on rencontre aussi, de temps à autre, des tissus semblables au chorion. Rien d'étonnant non plus, étant données les tendances qu'ils accusent dans leur siège ordinaire, s'ils manifestent encore dans ces tumeurs une activité de mauvaise nature. »

(1) En 1896, en effet, Kanthack et Eden soumirent à l'examen de la Commission spéciale de la *Soc. obst. de Londres* la première tumeur du testicule, contenant des tissus semblables à ceux du déciduome, tumeur testiculaire que Kanthack jugea être un sarcome.

tic et le *traitement* du « déciduo memalin », qui, pour lui, est un *chorio-épithéliome*, chapitres qui cadrent bien avec ceux publiés déjà sur les mêmes points dans ce journal (1).

Ses conclusions générales sont les suivantes :

1° Le soi-disant déciduome malin est une tumeur dont le développement est lié à une grossesse ; il a son point de départ dans l'épithélium chorial, ou sonp rédécesseur le trophoblaste, qui est d'origine fœtale épiblastique.

2° Ces tumeurs constituent un groupe tout à fait caractéristique sous le triple point de vue de la clinique, de la pathologie, du développement. Elles ne devraient être rangées ni dans les sarcomes, ni dans les carcinomes, mais être réunies dans un groupe distinct *sui generis*. Le nom le plus exact est celui de *chorio-épithéliome malin*.

3° Indépendamment des tumeurs communes ayant à leur origine une grossesse, il est des tumeurs contenant des structures anatomiques semblables, tumeurs indépendantes pourtant de toute grossesse, et qui peuvent se rencontrer en d'autres points du corps que l'utérus, et chez l'un et l'autre sexe. Leur interprétation la plus plausible, c'est que ce sont des tératomes, ayant leur point de départ dans quelque élément anatomique ayant la valeur morphologique d'un œuf inclus, mûr et fécondé, et que les tissus chorio-épithéliomateux représentent le trophoblaste (épithélium chorial) de l'œuf inclus.

4° Il faut apporter beaucoup de soin dans le diagnostic entre les cas de môle hydatiforme et de chorio-épithéliome développé dans ces conditions.

5° Le pronostic dans tous les cas de chorio-épithéliome étant exceptionnellement grave, seul, un diagnostic précoce suivi d'une intervention radicale offre une bonne chance de guérison. L'existence de métastases n'exclut pas la possibilité de toute opération heureuse, cependant les chances de succès sont, en fait, diminuées

---

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLI, p. 100, 341 ; 1895, t. XLIII, p. 285.

DISCUSSION SUR LE MÉMOIRE DE TEACHER

A LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES (1)

P. Horrocks. — Déjà, en 1902, Lockyer a formulé son opinion qu'il existe deux espèces de néoplasies malignes associées avec la grossesse: *a*) l'une, un sarcome mésoblastique ou décidual, par conséquent d'origine maternelle ; *b*) l'autre, un carcinome syncitial ou chorio-épithéliome, c'est-à-dire d'origine fœtale, Lockyer a dit que l'évolution maligne de la môle vésiculaire est invariablement un syncitiome. Or, ce soir, il (Horrocks) a présenté une pièce qui semble démontrer que cette opinion est incorrecte. En outre, en 1901, il a présenté une pièce de soi-disant « déciduome malin », recueillie sur une femme qui avait été envoyée au *Guy's Hospital* avec une histoire de fausse-couche, qui, consécutivement, eut des hémorragies, et qu'on opéra avec l'idée de produits de gestation retenus. En cours d'opération, on constata qu'il y avait une tumeur du corps de l'utérus, l'hystérectomie vaginale fut faite et la femme guérit. La pièce fut soumise à la commission spéciale de la Société; or, celle-ci, tout en estimant nettement qu'il s'agissait là d'un syncitiome typique, exprima des doutes sur l'existence d'une grossesse récente.

La femme avait 47 ans, l'histoire de la fausse-couche n'était nullement concluante. En sorte que s'il fallait admettre

(1) L'important travail de J. Teacher au début duquel l'auteur rappelle qu'en 1896 la Société obstétricale de Londres formula, dans la personne de ses membres, son opinion générale, sinon unanime, que ces tumeurs sont des *sarcomes de l'utérus*, opinion qui influa assez sur la plupart des travaux publiés ultérieurement en Angleterre pour justifier l'expression employée de « *théorie anglaise* », etc., présenté devant la même Société dans sa séance du 4 juin 1903, y fut suivi d'une longue discussion qui se continua dans la séance du 16 juin, discussion qu'en raison de l'intérêt du sujet nous avons traduite et rapportée assez longuement. *Transaction of the Obst. Soc. of London*, vol. XLV, 1903, p. 237, et suivantes.

que cette femme n'avait pas été récemment enceinte, on aurait là un cas typique de chorio-épithéliome ou de syncitiome sans origine fœtale ou ovulaire.

En ce qui le concerne, il incline à admettre qu'il y a deux espèces de néoplasies malignes associées avec la grossesse : 1° une d'origine déciduale (maternelle), à type de sarcome, à laquelle convient le terme de « déciduoma malignum » ; 2° l'autre, un chorio-épithéliome d'origine fœtale (ovulaire), à type de carcinome.

Il tient à poser deux questions : 1° Toutes les tumeurs malignes associées à la grossesse et la suivant qui contiennent du syncitium, sont-elles, de ce fait, d'origine fœtale (ovulaire) ; la présence du syncitium prouve-t-elle l'origine ovulaire ? 2° Un néoplasme malin associé à la grossesse peut-il être d'origine fœtale (ovulaire), et cependant être de type sarcomateux et sans syncitium, ou bien ces néoplasmes seraient-ils d'origine déciduale ou maternelle.

Haultain. — En 1898, il a eu à soigner un cas de déciduome malin. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et, depuis, la femme est restée guérie. A cette époque, étudiant la littérature médicale relative à ces faits, il fut très frappé par la monographie antérieure de Teacher sur le cas observé par Kelly. Aujourd'hui, il est entièrement convaincu de la justesse de la théorie de Marchand et des idées de Teacher. Sous le rapport de la clinique, un ou deux points méritent une attention particulière : *a*) la seule présence de masses syncitiales n'implique pas la nécessité d'une intervention radicale, surtout après l'expulsion d'une môle hydatidiforme ; *b*) le fait de guérisons spontanées, malgré des métastases, est fort intéressant.

Fothergill. — Teacher a défini le chorio-épithéliome une tumeur de l'utérus survenant en connexion avec la grossesse. Or, est-il possible de conserver cette définition et en même temps de continuer à ranger sous ce nom : 1° des néoplasmes se

tement sain ; 2° des néoplasmes survenant chez le mâle ?

Le néoplasme dont il s'agit a été décrit comme se rencontrant : *a*) chez le mâle ; *b*) la femme jeune en dehors de la gestation ; *c*) la femme soupçonnée de grossesse récente ; *d*) la femme qu'on sait avoir été grosse récemment ; *e*) la femme âgée, non soupçonnée de grossesse récente. Dans le cas, par exemple, d'une femme avec une grossesse problématique, suivie d'une tumeur « syncitiale » dans le vagin, comment serait-il possible de dire si le néoplasme est dû ou non à la grossesse ? Est-il prouvé, ainsi que Teacher l'affirme, que le trophoblaste est une entité histologique, individualisée ?

Il a compris que le docteur Teacher a fait la remarque que *les cas dans lesquels il y a des villosités choriales réelles comportent un pronostic plus favorable que ceux dans lesquels on ne peut trouver de villosités.*

Cette observation clinique n'éveille-t-elle pas l'idée que les cas étudiés forment deux espèces ? Les cas les plus sévères ne correspondraient-ils pas à des néoplasmes sans connexion étiologique avec la gestation, les moins graves étant des cas d'invasion plus ou moins prononcée de l'organisme maternel par les villosités choriales ? Le docteur Teacher prétend que pas un seul des cas relatés ne milite en faveur de la théorie de Veit, que des villosités pourraient être incluses dans des masses de néoplasme d'origine maternelle. Ne serait-il pas, néanmoins, possible de faire des descriptions de certains des cas publiés, de tous même, de façon à confirmer la théorie de Veit ?

Le docteur Teacher considère les idées de Veit comme réduites à néant par la démonstration de certains changements dans les parois des vaisseaux sanguins dont la lumière contenait des éléments choriaux. Mais ne pourrait-on démontrer l'existence de modifications semblables dans les parois d'éléments vasculaires dans certains angio-sarcomes en l'absence totale d'éléments choriaux ?

Ces considérations mises à part, Fothergill a voulu surtout



noter que les auteurs de certaines monographies citées par le docteur Teacher paraissent avoir ignoré le travail de feu le docteur Kanthack et du docteur Eden, lesquels en effet, et depuis longtemps, ont mis en lumière la ressemblance qui existe entre les soi-disant choriomes et d'autres néoplasmes, plus particulièrement certains néoplasmes du testicule.

En 1896, ces derniers raisonnaient comme ceci : « Les néoplasmes testiculaires et autres en question sont des sarcomes; aussi, jusqu'à preuve concluante du contraire, nous préférons regarder les néoplasmes semblables de l'utérus comme étant aussi des sarcomes. » Or, actuellement, notre attention est ramenée vers cette même similitude, mais de façon inverse en qnelque sorte. On admet aujourd'hui que les néoplasmes utérins sont des choriomes; en conséquence, on devrait, inversement, dire que les néoplasmes similaires du testicule et des autres organes sont aussi des choriomes.

Eden et Kanthack avaient conclu du bien connu à l'inconnu. Les plus récents auteurs ont renversé le procédé, car il n'a été nullement démontré que les néoplasmes en question sont de vrais embryomes. En admettant même qu'il s'agit bien d'embryomes, il convient de n'appliquer qu'avec réserve le même nom à des choses si différentes qu'un néoplasme chorial affectant la mère et un embryome chez le sujet mâle ! Accordant encore que tous ces néoplasmes en question sont d'origine ovulaire ou trophoblastique, ne conviendrait-il pas d'adopter une nomenclature qui distinguerait nettement les cas liés à la gestation de ceux indépendants de cet état ?

Il est clair qu'une mère atteinte mortellement par le trophoblaste de son propre fils serait une personne d'une génération tuée par une tumeur appartenant à une personne de la génération suivante, *cas de matricide* en fait. Mais un homme tué par un embryome situé dans son testicule serait une victime non de son propre fils, mais de son frère ou de sa sœur, cas de *fratricide*, deux choses bien différentes, méritant aussi une dénomination différente !

Il est facile de dire qu'un individu a un trophoblaste, qu'il

s'agisse d'un fils ou d'un frère, mais l'assertion n'est pas de démonstration aisée. Nous savons qu'un trophoblaste est essentiel pour l'implantation *in utero* des œufs de certains mammifères, mais qui voudra affirmer qu'un chorion est nécessaire au développement d'un kyste dermoïde ?

Andrews. — Il se rallie à la notion capitale défendue dans le mémoire de Teacher, que la tumeur primitivement connue comme déciduome malin est d'origine fœtale et dérivée de l'épithélium chorial. Toutefois, il croit la dénomination de syncitiome préférable à celle de chorio-épithéliome. Cette dernière tend à éveiller une idée de rapport avec le cancer, idée de connexion que le docteur Teacher lui-même tient à éviter. Il souligne la grande importance théorique qu'il y a à admettre l'origine fœtale du néoplasme, indiquée par Adami, d'autant plus que les cellules envahissantes partent d'un autre organisme, et qu'il n'est plus besoin de faire intervenir un microbe éventuel, infectant.

En ce qui concerne les tumeurs syncitiales de l'utérus qui paraissent n'avoir aucune connexion avec la grossesse, il estime que leur origine est moins certaine ; et qu'il importe d'apporter beaucoup d'attenti..n à l'origine supposée tératomateuse de ces tumeurs. Il est nécessaire de démontrer qu'un œuf aberrant inclus peut réellement produire des éléments choriaux, et de mettre en évidence des tumeurs syncitiales en connexion étiologique avec des tératomes indiscutables.

Jusqu'à cette réunion, il n'avait vu aucune preuve de cette espèce. Sarcomes et cancers à cellules squameuses peuvent se développer dans les dermoïdes, mais, ce soir, le docteur Ritchie a montré une tumeur syncitiale développée dans un kyste dermoïde du médiastin chez l'homme. Cette pièce est la plus importante de toutes celles présentées, mais elle constitue une rareté, et il en faut davantage pour confirmer la proposition formulée par Teacher. Il n'est pas prouvé que ces rares cas de tumeurs spéciales de l'utérus, pour lesquelles on a pu démontrer qu'elles étaient indépendantes de toute gros-

sesse, soient si absolument identiques à la forme ordinaire qu'il soit indispensable d'imaginer un œuf inclus pour les expliquer.

L'acceptation de l'idée que le syncitiome malin commun est d'origine choriale ne nous force pas à accepter semblable origine pour toute tumeur syncitiale (on a montré deux exemples de sarcome des os, qui renfermaient d'immenses syncitia presque comparables à ceux du chorio-épithéliome). Les rares cas de néoplasmes utérins syncitiaux, indépendants de la grossesse, ne pourraient-ils pas être de cette nature ?

Ritchie. — Il décrit le cas d'un jeune homme mort d'une tumeur maligne du médiastin antérieur, après trois mois. *Post mortem*, on trouva dans cette région une masse formée en partie d'un kyste dermoïde, en partie d'une tumeur solide qui à l'examen microscopique présenta des caractères anatomiques typiques du chorio-épithéliome. Des masses secondaires existaient dans les poumons, le foie et la rate, et elles avaient la même structure anatomique que la tumeur primitive.

Il considère que cette tumeur est un tératome, développé d'un œuf inclus dont la portion correspondante au trophoblaste s'est développée à la façon de la portion du trophoblaste qui aboutit à la formation d'un chorio-épithéliome ordinaire.

Helme. — Il n'estime pas que le docteur Teacher ait suffisamment démontré sa déclaration formelle que toutes les tumeurs en question sont des chorio-épithéliomes, qu'aucun des cas relatés ne milite en faveur de la nature sarcomateuse de certains de ces néoplasmes.

Il relate un cas qu'il a observé, et qui, au contraire, d'après lui (Helme), démontre que certaines de ces tumeurs peuvent être d'origine déciduale.

En ce qui concerne le chorio-épithéliome, il tient sans doute pour séduisante cette théorie d'après laquelle un stratum peut, dans le chorion, se différencier et devenir capable

de donner lieu, chez la femme, à des néoplasmes qui ne sont ni du sarcome ni du carcinome ; mais, avant d'accepter une doctrine qui change tellement nos idées sur l'origine des tumeurs, on est en droit d'exiger une démonstration claire. Or, il estime que celle-ci ne sera pas faite tant qu'on n'aura pas démontré que ce qu'on tient pour des cellules d'origine maternelle (tissu connectif) sont en réalité d'origine trophoblastique, enfin tant qu'on n'aura pas précisé la source du syncitium lui-même.

Galabin. — Dès le principe, il a été d'avis que le soi-disant déciduome malin est le résultat de la grossesse, et que c'est un épithéliome fœtal implanté sur la mère. Aussi, a-t-il été surpris lorsqu'au premier débat il se vit seul à accepter nettement le rapport étiologique du néoplasme avec la grossesse.

L'existence d'éléments anatomiques semblables dans quelques cas de sarcome du testicule fut alors invoquée à titre d'objection contre la *théorie du déciduome malin effet de la grossesse*. Mais, si ces éléments anatomiques se rencontrent seulement dans les tumeurs classées comme embryomes en raison de leur ressemblance avec le développement imparfait de l'œuf, il pense qu'il y a dans ce fait plutôt un argument en faveur de la théorie de la provenance du déciduome malin d'un œuf fécondé. Il ne pense pas d'ailleurs que les embryomes dérivent d'un œuf inclus, frère ou sœur de l'individu qui le porte.

En général, un œuf-frère de cette espèce est attaché à la surface, et il n'est pas de raison pour qu'on les rencontre plutôt dans le testicule ou l'ovaire qu'ailleurs.

A son jugement, il s'agit là de parthénogenèse incomplète, ou d'effort vers le développement d'un plasma embryonnaire sans union des sexes. On supposait que le plasma germinatif est normalement concentré dans le testicule ou l'ovaire, aussi comprenait-on que ces tumeurs se rencontrent habituellement dans ces organes. Mais il est concevable qu'une quantité aber-

même l'on rencontrait un déciduome malin en d'autres points du corps, le fait ne constituerait pas un argument contre la spécificité du déciduome malin utérin, contre sa filiation étiologique avec la grossesse, à moins qu'il ne fût nettement démontré que ce néoplasme peut se développer *in utero* dans un âge tout à fait incompatible avec la grossesse.

Puisque les maladies malignes du corps de l'utérus se développent plus fréquemment après la ménopause qu'avant, le déciduome malin, si c'était une tumeur maligne ordinaire, devrait se rencontrer longtemps après la ménopause. Or, au contraire, l'âge moyen dans lequel il apparaît est 31 ans, justement au milieu de la période de fécondité. Bien qu'on ait rapporté des cas survenus à 55 ans et jusqu'à deux années après la ménopause, il n'est pas démontré qu'ils étaient indépendants de la gestation, quoique la maladie puisse rester un certain temps latente.

C'est faire un pas de plus que de montrer que la tumeur est un chorio-épithéliome. Les preuves principales sont :

La vitalité persistante des villosités après la mort de l'embryon, ainsi qu'elle a été établie à la dernière réunion par la section d'un œuf retenu 5 mois *in utero* ;

L'identité d'apparence du syncitium et des masses cellulaires du déciduome malin avec le syncitium et les masses cellulaires dans la grossesse au début et principalement dans la môle vésiculaire (1) ;

La continuité du syncitium avec le syncitium des villosités, lorsqu'il y a des villosités dans la tumeur ; et les quelques cas relatés dans lesquels on avait constaté des villosités vraies non seulement dans le néoplasme primitif, mais dans les métastases.

Il a montré, dans la dernière séance, une môle vésiculaire,

---

(1) Voir, *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1903, p. 311, le résumé que nous avons fait de l'intéressant travail de P. Sfameni sur l'identité *histologique* de la môle vésiculaire et du chorio-épithéliome malin.

R. L.



du déciduome malin, etc. Il est d'avis de conserver le terme de « déciduome malin », sous lequel on a compris un groupe clinique, défini de tumeurs, caractérisé non seulement par leur aspect, mais par leur haute malignité, leur tendance à faire des métastases à la fois dans leur voisinage et dans les viscères, et à amener des nécroses étendues et la formation d'espaces sanguins; quelques-unes de ces tumeurs ne montrent que des cellules et ont l'apparence de sarcomes. Ce ne sont pas sûrement des syncitiomes, et il est difficile de démontrer que ce sont des chorio-épithéliomes, bien que, d'après lui, cela soit possible.

Il ne juge pas que les dessins de Teacher démontrent de façon aussi concluante qu'il l'exprime, que les cellules de la tumeur dérivent aussi directement de la couche périvilleuse de Langhans.

Si cette dérivation était réelle, la première formation devrait être un groupe de cellules bordé par un capuchon de syncitium. Il a quelquefois observé cette disposition, mais le plus souvent des masses cellulaires séparées des villosités par le syncitium.

Si le syncitium et la couche de Langhans étaient tous les deux des dérivés de l'épiblaste fœtal, il est probable que chacun d'eux pourrait se transformer en l'autre, et que le syncitium pourrait se différencier en cellules. On peut constater des formes intermédiaires à la fois dans la môle vésiculaire et dans le déciduome.

Il pense que la variété de déciduome malin dans lequel on aperçoit seulement des cellules et pas de syncitium, et qui ressemble au sarcome, peut être le développement ultime de la forme la plus commune. Il semble qu'on la rencontre surtout dans les cas avancés dans lesquels les malades meurent sans avoir été opérées.

Teacher a indiqué que ni les masses cellulaires ni le syncitium ne laissaient apercevoir de substance intercellulaire ni de vaisseaux. Mais, suivant le bord du néoplasme, on peut cons-



tater de très petits groupes de cellules pointant dans le stroma, et de petits morceaux de syncitium, ceux-ci pouvant se réduire à de simples cellules, en sorte que l'aspect général rappelle le sarcome. Aussi, si la nécrose frappe les masses cellulaires primitives et le syncitium, il peut ne rester qu'une apparence anatomique sarcomateuse.

Enfin, il serait intéressant que les personnes qui ont spécialement étudié les parasites du cancer, recherchassent si les corps tenus pour parasites existent ou non dans le déciduome malin. On a supposé que le seul parasitisme dans ce cas était celui des éléments fœtaux par rapport à la mère, mais il n'est pas impossible que des parasites microbiens infectent le placenta. La solution de ce point aurait même de l'importance au point de vue de la recherche de l'origine du cancer en général.

H. Spencer. — Il estime qu'il y a quelque inconséquence à vouloir exclure, comme le veut Teacher, les néoplasmes en question des sarcomes et des carcinomes, pour ensuite les appeler chorio-épithéliomes.

A son avis, le principal mérite de la découverte de la maladie revient plutôt à Chiari qu'à Sänger. En tout cas, c'est par la publication de Chiari (1877) et la relation de son observation dans l'ouvrage de Ruge et Veit, *Der Krebs der Gebärmutter*, que sa propre attention fut dirigée sur la remarquable fréquence du « cancer » du corps de l'utérus après l'accouchement chez des femmes jeunes de 23 et 24 ans, et qu'il a été conduit à étudier ces faits.

En ce qui concerne la pathogénie de la maladie, il tient pour démontré qu'elle a son point de départ dans le revêtement épithélial des villosités choriales. Reste une difficulté qui ne lui paraît pas avoir été suffisamment résolue : la distinction entre les sarcomes ordinaires et le déciduome malin dans les cas où il n'y a pas de syncitium. En ce qui concerne les éléments anatomiques rappelant le chorio-épithéliome, rencontrés dans les tératomes, il n'en a pas observé

un seul exemple et préfère réserver son jugement sur ce point.

Eden. — Après s'être appliqué à démontrer qu'en 1896, à cause de la pénurie des matériaux utilisables, de la corrélation mal mise alors en évidence du développement de ces néoplasmes avec la grossesse, de l'idée que l'on avait alors de la prépondérance du syncitium dans ces formations, de l'incertitude où l'on était de l'origine même de ce dernier, etc., de l'impression causée par le premier cas de présence de tissus semblables à ceux du déciduome malin dans une tumeur du testicule étiquetée sarcome par Kanthack, Eden affirme que la conclusion de la Société obstétricale ne pouvait guère être que celle, bien qu'erronée, qu'elle formula.

D'autre part, il estime que la pathogénie de ces tumeurs est à l'heure actuelle suffisamment démontrée et qu'il n'y a plus qu'à résoudre des questions cliniques:

a) Pourquoi la malignité de ces néoplasmes est-elle si variable ?

b) Pourquoi les cas dans lesquels il y a des villosités dans la tumeur sont-ils moins malins que les autres ? Pourquoi les cas dans lesquels la tumeur primitive est dans le vagin sont-ils moins malins que ceux où elle est *in utero* ?

c) Comment voit-on des métastases disparaître après la seule extirpation de la tumeur primitive ?

d) Enfin pourquoi, dans un cas remarquable rapporté par Fleischmann, l'ablation partielle de la tumeur primitive fut-elle suivie de la disparition du reste de la tumeur et d'une guérison complète ?

Mc Cann. — Il a eu au *Samaritan Hospital* à traiter trois cas de déciduome malin, dont il relate brièvement les particularités essentielles.

L'examen soigneux de ces faits, ajoute-t-il, montre:

1° Que si dans ce cas il y eut vraisemblablement fausse-couche, l'histoire et les constatations du médecin de famille militaient plutôt contre cette éventualité ;

2° Que, dans les autres cas, l'existence d'une grossesse ne fut pas démontrée.

Pour expliquer la maladie dans ces deux derniers faits, on est conduit à admettre la rétention de quelques débris fœtaux dans l'utérus, débris qui auraient été le point de départ du néoplasme. La répétition relativement fréquente de ces faits, dans un court espace de temps, au *Samaritan Hospital*, semble prouver que la maladie n'est pas aussi rare qu'on le croit.

Il est probable qu'on a exagéré sa malignité ; en tous cas, celle-ci est très variable. S'il était prouvé que des formations secondaires disparaissent après l'extirpation de la tumeur primitive, on serait justifié à intervenir chirurgicalement dans les cas où des nodules secondaires existent dans le vagin, sauf contre-indication fournie par l'état général de la malade.

Lockyer. — Après avoir rappelé qu'en 1902, il a devant cette même Société lu une monographie sur *un cas de chorio-épithéliome avec métastases pulmonaires*, et par une série de démonstrations établi la dérivation des masses syncitiales et des masses cellulaires de Langhans des parois des villosités choriales, après avoir aussi constaté avec satisfaction que sa propre interprétation de ces néoplasmes cadrait bien avec les idées de Teacher, Lockyer tient, à l'heure actuelle, à insister sur cette seule distinction entre ces tumeurs : que certaines contiennent des dérivés du syncitium et des cellules de Langhans, tandis que les autres contiennent seulement des cellules de Langhans, pas ou à peine de syncitium. Quelques-uns de ces néoplasmes sont-ils d'origine déciduale ou maternelle, il laisse le point indécis.

En réponse à une question d'Horrocks, il déclare que l'examen soigneux des faits le conduit à maintenir cette proposition : « *La suite maligne d'une môle hydatidiforme est toujours un syncitiome.* » Toutefois, il tient à accentuer ce fait que le syncitium n'est pas l'élément capital de ces néoplasmes.

R. Andrews. — A présenté deux pièces de chorio-épithéliome. L'examen des préparations histologiques a montré

qu'il s'agissait de structures anatomiques, typiques, du chorio-épithéliome.

Il fait la remarque que dans la grande majorité des cas l'extrême malignité et le développement rapide de la tumeur sont dus au fait que, bien que se développant toujours dans les vaisseaux sanguins, le néoplasme ne cause pas la thrombose. Cela tient sans doute à la présence du *syncitium qui paraît avoir, avec l'épithélium, le privilège de ne pas faire coaguler le sang avec lequel il entre en contact.*

Bien que dans certains sarcomes, en particulier ceux appelés parfois périthéliomes, des cellules s'observent qui ressemblent au syncitium, cependant elles ne présentent pas la vacuolisation si caractéristique du chorio-épithéliome.

L'absence complète de vaisseaux dans la tumeur est également un caractère différentiel important d'avec les sarcomes.

Heble dit que dans un cas qu'il a étudié, l'aspect général de la tumeur était celui d'un sarcome polycellulaire, avec quelques détails rappelant les cancers épithéliaux.

Il constata également quelques tentatives, heureuses en apparence, de néoformation de vaisseaux sanguins, l'existence de mitoses irrégulières et la présence d'inclusions cellulaires ou de corps de cancer (*cancer-bodies*), les deux derniers éléments étant d'occurence commune dans les cancers.

Il croit qu'on arrivera à démontrer que les éléments maternels et fœtaux concourent parallèlement à l'origine de ces tumeurs, avec prédominance tantôt des uns, tantôt des autres.

Teacher reconnaît volontiers que l'opinion exprimée en 1896 par la Société ne pouvait guère être différente.

En réponse à cette question : *A-t-on jamais trouvé un placenta dans un tératome indiscutable*, il cite le fait suivant de Maydl : « la laparotomie pratiquée sur un homme de 19 ans, anémique, mais bien développé, révéla une tumeur située entre les plis du mésentère, à sa racine. Elle était constituée par un

tronc bien formé, avec des membres mais sans tête, à la place de la tête un paquet de poils. Ce fœtus imparfait était contenu dans un sac amniotique. Un épaississement de l'amnios, en connexion avec l'artère mésentérique supérieure, offrit la structure histologique du placenta.

« Il y a aussi un cas observé chez une brebis, décrit par Rathke en 1830, dans lequel un fœtus femelle était attaché à la tête d'un fœtus mâle par un cordon ombilical, qui passait dans le crâne et aboutissait à un placenta bien formé, développé sur la dure-mère. »

Son affirmation, que la conception de Veit reste tout à fait hypothétique, est basée sur une réponse de Veit lui-même. Ayant en effet demandé à Veit, en décembre 1902, s'il avait trouvé un seul cas illustrant le processus anatomo-pathologique qu'il supposait, la réponse fut négative.

D'autre part, sur les 188 cas qu'il a recueillis, la présence des villosités fut notée dans 33. Un certain nombre étaient des môles anciennes malignes, non examinées au microscope, mais il restait un grand nombre de cas où l'origine de la tumeur dans l'épithélium chorial fut directement démontrée. 28 cas (comprenant les môles malignes, 11 en tout) avaient suivi une grossesse môlaire, 4 un avortement et un une délivrance à terme.

Que les cas dans lesquels on découvrit des villosités (exception faite des môles malignes) montrèrent un degré plus faible de malignité, le fait est réel ; l'explication manque.

Fothergill a parlé de plusieurs cas dans lesquels la connexion avec la grossesse paraît faire défaut. Écartant les cas tubaires, restent 181 cas qu'il a (Teacher) résumés.

Dans 16 de ces cas, l'existence d'une grossesse préalable ressortait mal des antécédents.

Dans 2, il y avait des villosités ; dans 4 autres, pas de renseignements.

Des 10 cas restant, 9 survinrent chez des femmes entre 24 et 44 ans.

Est-il possible d'exclure la grossesse dans ces cas ? En

beaucoup de cas, la maladie évolua de façon continue avec la grossesse ; particularité de nature à expliquer l'absence d'une grossesse préalable, distincte.

Il existe plusieurs cas de ces tumeurs chez des femmes à peu près du même âge, qui n'avaient pas été enceintes depuis plusieurs années, et qui, ultérieurement, firent une tumeur. Dans 8 cas sur 9 au-dessus de 50 ans, la grossesse préalable fut môlaire. Une ménopause apparente fut notée dans 2 observations indépendamment du cas de Mc Cann.

L'explication est la même que celle qu'on donne pour les tumeurs développées, très tardivement, aux dépens d'inclusions épidermiques embryonnaires, restées latentes plus ou moins longtemps. Rien d'étonnant que des fragments de trophoblaste puissent rester latents plusieurs années et ultérieurement redevenir actifs.

On a mentionné des cas de chorio-épithéliome sans syncitium et de même des cas purement syncitiaux ! En réalité, dans les premiers, on trouve toujours des dérivés du syncitium, cellules migratrices syncitiales, et dans les seconds des cellules individualisées, bien que non typiques, de Langhans.

Dans toutes ces tumeurs, la quantité relative des divers éléments varie beaucoup dans les diverses zones du néoplasme.

En ce qui concerne la meilleure dénomination à adopter, il conseille celle de *chorio-épithéliome*, qui indique l'origine de la tumeur. Quant au terme *déciduome malin*, il ne voit pas d'inconvénient réel à son emploi en clinique, parce que l'idée pathogénique qu'il renfermait jadis est aujourd'hui si abandonnée, qu'il ne peut plus prêter à confusion.

R. L.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 12 *octobre* 1903.

M. J.-L. Faure. — **Sur un cas de torsion de l'utérus.** — Mme B..., 39 ans, sans antécédents morbides; 2 enfants, bien réglée.

Il y a deux ans, elle a ressenti tout à coup de grandes douleurs dans le ventre. Ces douleurs ont duré trois jours, pour s'atténuer ensuite et recommencer, bien qu'avec beaucoup moins d'intensité, au moment où les règles suivantes auraient dû reparaître. Je dis auraient dû, car elles n'ont pas reparu, si bien que la malade a cru être enceinte. Cela était d'autant plus naturel que son ventre grossissait de plus en plus. Au bout de neuf mois, la situation n'a pas changé, au grand étonnement de tout le monde. C'est alors qu'un examen attentif a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur.

Le ventre continuait d'ailleurs à grossir, l'état général restant satisfaisant.

A son entrée la tumeur est énorme, dure, avec trois bosselures principales, deux latérales et une médiane. Elle occupe la totalité du ventre, qui présente seulement un peu de sonorité dans la région épigastrique.

Le toucher vaginal permet de constater un col normal, mais les culs-de-sac sont libres et on sent mal la tumeur, qui, engagée dans le grand bassin, est très élevée. Les rapports de l'utérus avec elle sont mal définis. La partie inférieure de l'utérus est assez facile à mobiliser. Je dois dire qu'à cause de cette indépendance relative de l'utérus et de la tumeur et aussi à cause du développement rapide qu'elle avait pris, je pensais à quelque tumeur ovarienne à marche rapide, sans doute un kyste multiloculaire végétant.

Le cathétérisme de l'utérus n'a pas été fait.

Le 12 mai 1903, opération. Dès l'ouverture du ventre, j'aperçois une tumeur évidemment solide, rougeâtre, recouverte sur toute sa face antérieure par l'épiploon étalé et sillonné d'énormes vaisseaux artériels et veineux qui se perdent dans la tumeur. Je vais à la recherche de son pôle inférieur afin de voir où elle est implantée. Elle bascule assez facilement et j'aperçois un assez long pédicule tordu avec une trompe enroulée en spirale, pédicule dont le point d'implantation n'est pas plus gros que le petit doigt. Il m'est d'ailleurs en ce moment assez difficile de voir, à cause du sang et du volume de la tumeur, à quel endroit il s'implante exactement. Mais à cause de la torsion de ce pédicule et de la trompe qui paraît s'enrouler autour, je ne doute pas un instant qu'il ne s'agisse d'une tumeur solide de l'ovaire, avec torsion du pédicule. Je tranche le pédicule d'un coup de ciseaux, après l'avoir saisi avec une pince. La tumeur, ne tenant plus au fond du bassin, se laisse complètement basculer. Elle ne tient plus que par le large manteau épiploïque qui lui adhère intimement. L'épiploon est saisi avec 4 ou 5 pinces à longs mors et sectionné.

L'opération a duré 20 minutes. Les suites ont été normales.

C'est à l'examen de la pièce seulement que nous nous sommes aperçu de son intérêt.

La tumeur pèse 11 kgr. 100. Elle est parfaitement régulière et présente la forme d'un énorme rein avec un hile très profond. Mais il ne s'agit point d'une tumeur ovarienne, et c'est le docteur Paquelin qui avait raison. Il s'agit d'un fibrome de l'utérus.

Dans le hile, en effet, sont cachés l'utérus et les annexes, qui tiennent à la tumeur par un pédicule épais, implanté sur la corne gauche de l'utérus. Les annexes sont d'ailleurs altérées. Il y a des lésions de salpingite parenchymateuse et les ovaires sont criblés de kystes.

Mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est que le pédicule, à peine gros comme le petit doigt, est constitué à son point le plus aminci, qui est précisément son point d'implantation sur le fond du bassin, par l'isthme de l'utérus, complètement atrophié et les pédicules vasculaires des deux trompes, les ligaments infundibulo-pelviens, attirés peu à peu jusqu'au fond du bassin.

Comme je l'ai dit plus haut les trompes s'enroulaient autour de l'utérus, pour gagner au fond du bassin leur pédicule vasculaire. La torsion, qui avait eu lieu de gauche à droite, dans le sens des

aiguilles d'une montre, me paraît pouvoir être évaluée à un tour de spire environ.

Telle est cette observation. Les lésions anatomiques observées expliquent parfaitement l'histoire clinique de la malade.

Il est évident qu'il y a deux ans, lors du début des accidents, il y avait déjà un fibrome implanté sur le fond de l'utérus et resté ignoré, bien qu'assez volumineux. Ce fibrome, sous une influence quelconque, a subi un mouvement de torsion et a entraîné l'utérus. Cet accident a été l'occasion de douleurs vives qui ont marqué pour la malade le début de sa maladie.

Il y a eu sans doute à cette époque, du côté de la tumeur, des phénomènes inflammatoires qui ont provoqué les adhérences de l'épiploon. Celles-ci se sont rapidement développées, et la tumeur, dont l'apport sanguin était amoindri ou supprimé du fait de la torsion de l'isthme utérin et des pédicules vasculaires, a continué à se nourrir et très largement par l'intermédiaire des vaisseaux épiploïques. Dès ce moment et grâce à l'abondance des vaisseaux épiploïques, la tumeur a rapidement augmenté de volume.

D'autre part, les règles ont été supprimées. Cela se conçoit fort bien si l'on songe que la cavité utérine était étranglée par la torsion de l'isthme. Il est donc encore tout naturel qu'il y ait eu à l'époque présumée de chaque règle une recrudescence de douleurs due à l'obstacle mécanique apporté par la torsion de l'utérus à l'écoulement du sang. C'est là un phénomène qui peut avoir beaucoup d'importance au point de vue du diagnostic, et le jour même où j'ai présenté cette pièce à la Société de chirurgie, M. Quénu a signalé cette suppression des règles observée dans un cas analogue. On conçoit l'importance de ce symptôme qui chez notre malade, dont le ventre grossissait à vue d'œil, devait presque fatalement faire penser à une grossesse.

P. Rudaux. — **Observation d'un cas de purpura hemorragica à dénouement rapide. Autopsie.** — Primipare, enceinte de 6 mois et demi environ, malade depuis 6 jours.

Elle présente sur tout le corps un rash, qui ressemble beaucoup à celui que détermine chez certains sujets l'injection d'une dose plus ou moins forte d'antipyrine. On remarque aussi des hémorragies sous-conjonctivales faisant relief; elles s'étendent de l'angle interne de l'œil au bord de l'iris et sont d'un rouge franc.

Le ventre, le dos et la poitrine dans la portion située au-dessus des seins sont couverts de taches purpuriques de différentes grandeurs.

La langue est fuligineuse, les gencives sont injectées et les dents sont noires. Le pouls est faible et rapide ; il bat 120 fois par minute, alors que la température est de 36°,9.

Mort brusque 3 heures après son entrée à la Maternité de Beaujon.

A l'autopsie, on constate des hémorragies viscérales, en particulier au niveau de l'estomac et en de nombreux points de la séreuse péritonéale.

L'utérus gravide ne présente extérieurement rien d'anormal, il est enlevé complètement pour être examiné en détail.

On ne constate aucune trace d'hémorragie dans l'épaisseur de son tissu, pas plus du reste qu'au niveau du placenta complètement adhérent. Une série de coupes sont faites après congélation, et en aucun point on ne remarque d'épanchement sanguin.

Le fœtus fut examiné avec soin, et on ne constata rien d'anormal.

Il n'a pas été pratiqué d'examen du sang de la malade, ni d'examen histologique de ses organes.

M. Rudaux croit pouvoir admettre que l'antipyrine administré à dose trop élevée a déterminé des accidents toxiques chez cette femme dont le foie fonctionnait mal sous l'influence de la gravidité.

M. Fieux. — **Un cas d'hématométrie post partum** (1).

M. Lepage. — Je serais reconnaissant à notre collègue M. Fieux de vouloir bien nous fournir un renseignement sur un point de détail de sa communication ; il nous a dit que, pour maintenir en place dans l'utérus la tige d'aluminium qu'il y avait introduite, il s'était servi d'un pessaire. Je connais les tiges en aluminium qu'a préconisées le professeur Lefour, mais j'ignore le procédé de fixation à l'aide d'un pessaire.

M. Fieux. — C'est un médecin bordelais, le docteur Seugesse, qui a eu l'idée de fixer la tige utérine à un pessaire circulaire en aluminium à l'aide de deux fils en croix.

M. Lepage. — Il est assez difficile de répondre à la question qui

(1) Communication insérée *in extenso* à la page 331.

nous est posée par M. Fieux, relativement à la meilleure conduite à tenir chez sa malade lors d'un accouchement ultérieur ; si les lésions cicatricielles du col sont suffisantes pour causer de la dystocie, il est évident que la symphyséotomie ne peut parer aux difficultés qui seront rencontrées et qu'il sera sans doute nécessaire de recourir à une opération abdominale.

C'est cette conduite que j'ai tenue tout récemment dans un cas observé à la clinique Baudelocque ; il s'agissait d'une femme enceinte pour la sixième fois, chez laquelle le premier et le cinquième accouchement avaient nécessité : une application de forceps pour le premier enfant et une version par manœuvres internes très difficiles pour le cinquième. Lorsque cette femme entra à la clinique Baudelocque, on constata chez elle des cicatrices vagino-cervicales très marquées, avec un rétrécissement très minime du bassin. Au cours du travail, on vit que la dilatation ne se faisait que très péniblement et qu'il y avait du tissu cicatriciel non seulement au niveau de l'orifice interne, mais dans le canal cervical. La rupture des membranes avait eu lieu dès le début du travail. Comme la souffrance du fœtus se manifestait par la coloration très verte du liquide amniotique et par l'accélération constante des bruits du cœur, je jugeai prudent et nécessaire d'intervenir. J'écartai d'emblée l'idée de sectionner la symphyse, puisque l'obstacle à la progression normale du travail venait surtout de l'utérus et non pas du bassin. Je pratiquai l'opération de Porro avec succès pour la mère et pour l'enfant.

C'est peut-être à cette opération que M. Fieux sera obligé de recourir s'il constate chez sa cliente une dystocie réelle d'origine cervicale, car l'une des conditions pour que l'opération césarienne conservatrice donne de bons résultats, c'est que le drainage des liquides de l'utérus puisse se faire facilement à travers la cavité cervicale. On peut se demander si un canal cervical très cicatriciel peut permettre l'écoulement facile des liquides hors de l'utérus.

M. Champetier de Ribes. — Comme M. Lepage, je pense que chez la malade de M. Fieux la symphyséotomie ne trouverait d'indication que si le tissu cicatriciel ne mettait pas obstacle à la dilatation complète ou à peu près complète de l'orifice utérin.

D'autre part, dans un cas comme celui de M. Fieux, il ne me paraît pas possible de décider à l'avance que l'on fera une opération césarienne dès le début ou même avant le travail. Ce n'est, en

effet, qu'au cours du travail qu'on peut se rendre compte si la dilatation du col peut se faire d'une manière suffisante pour livrer passage au fœtus. On sera donc sans doute obligé d'attendre une période relativement avancée du travail et comme, en pareille circonstance, la césarienne conservatrice est d'un pronostic douteux, il sera peut-être nécessaire de pratiquer l'amputation de l'utérus.

M. Fieux pourrait-il nous renseigner d'une manière plus précise sur les difficultés qu'il a rencontrées pour pratiquer la dilatation et sur les renseignements qu'il a pu obtenir en explorant avec le doigt la cavité cervicale?

M. Fieux. — Je suis heureux de me trouver en communion d'idées avec mes collègues, qui n'admettent guère la symphyséotomie dans un cas analogue à celui que je viens de rapporter. Il est bien entendu que si chez ma malade je me décidais à pratiquer une opération césarienne, ce ne serait qu'au cours du travail et après avoir constaté que les lésions cervicales rendraient très difficile l'accouchement par les voies naturelles. Je sais en effet combien il est difficile de juger à l'avance du degré de dystocie causée par ces cicatrices du col et quelles surprises peut réserver la dilatation des parties molles.

Je ne puis répondre d'une manière précise à la question de M. Champetier de Ribes, car c'est le sang accumulé dans l'utérus qui en partie a dilaté l'orifice sténosé; malgré la dilatation complémentaire que j'ai faite, je n'ai pas pu me rendre compte d'une manière complète des lésions du canal cervical.

M. G. Lepage. — **Un cas de hernie diaphragmatique chez un nouveau-né.** — Il s'agit d'un enfant né d'une primipare de 21 ans. Il pesait 3.120 grammes.

Aussitôt après la naissance, l'enfant se mit à crier, et bientôt la respiration devint irrégulière et l'enfant ne tarda pas à présenter tous les signes de la forme d'asphyxie blanche qu'on observe dans la mort apparente. On mit en usage les moyens usités en pareil cas (frictions alcooliques, bains chauds, respiration artificielle). Peu à peu, la peau de l'enfant aurait pris une coloration presque normale, et 20 minutes après l'enfant respirait normalement, mais avec difficulté; il fut mis en couveuse. A 10 heures du soir, on nota que la respiration devenait irrégulière et spasmodique. L'enfant succomba le lendemain à 6 heures du soir.

L'autopsie a permis de constater l'existence d'une hernie diaphragmatique. Elle siégeait à droite alors que dans la majorité des cas (5 fois sur 6) elle siège à gauche. Cette observation est intéressante, en raison de l'étendue de l'orifice de communication : presque toute la moitié droite du diaphragme manquait.

M. G. Lepage. — **Deux cas d'accouchements spontanés chez des primipares âgées ayant des fibromes utérins multiples et intrapelviens.**

Obs. I. — Mme R. E..., âgée de 57 ans, entrée à la clinique Baudelocque le 22 juillet 1903. La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 13 ans ; depuis dix ans environ, les règles ont toujours été abondantes ; la femme perdait des caillots. En outre, depuis six ans, quelques douleurs dans le bas-ventre ont été observées de temps à autre. Ce n'est que depuis l'âge de 35 ans que cette dame a eu des rapports sexuels.

Les dernières règles ont eu lieu du 19 au 23 novembre 1902.

A son entrée dans le service, on constate que le fond de l'utérus remonte à 32 centimètres au-dessus du pubis. L'extrémité céphalique, qui est en bas, n'est pas engagée. L'enfant est vivant. Au palper, on sent au fond de l'utérus un petit fibrome du volume d'un œuf, qui est pédiculé, mobile, non douloureux. On constate en outre, sur la paroi antérieure de l'utérus, la présence de deux autres fibromes, l'un situé à droite, l'autre à gauche ; ce dernier est plus volumineux et situé plus bas que le fibrome du côté droit. Au toucher, le col utérin est haut situé, refoulé en haut et en avant. En arrière de lui, on sent dans le cul-de-sac postérieur un fibrome du volume d'une mandarine, implanté sur la partie postérieure et droite de l'utérus.

Les urines sont normales. La femme est soumise au repos et au régime lacté.

Lorsque j'examinai cette femme pour la première fois le 23 août, je fis les mêmes constatations que ci-dessus ; outre les fibromes constatés par le palper et qui avaient un peu augmenté de volume, on sentait par le toucher une tumeur fibreuse de consistance assez ferme, occupant la partie postéro-latérale droite du bassin et faisant une saillie assez marquée dans l'excavation. Toutefois, le doigt devait pénétrer assez profondément pour sentir la tu-

meur et il paraissait possible que l'accouchement se terminât par les voies naturelles.

Le 1er septembre, à 3 heures du matin, la femme perd du sang rouge en quantité assez notable. La sage-femme de garde constate que la tête est un peu refoulée vers la gauche, non engagée; le col a toute sa longueur, il est situé très en avant. L'orifice interne est à peine perméable. On arrive cependant à bout de doigt sur la partie fœtale. Les bruits du cœur paraissent normaux et sont entendus à droite, au niveau de l'ombilic.

Pas de contractions utérines.

A 4 heures du matin, les membranes se rompent en même temps qu'apparaissent les premières douleurs ; le *liquide amniotique est normal.* La tête commence à se fixer. Les battements du cœur sont difficilement perçus, ils sont irréguliers et très sourds. Au toucher, on sent toujours dans le cul-de-sac postérieur une tumeur fibreuse du volume d'une mandarine. Le col est encore long, perméable à un doigt qui peut explorer la partie fœtale et pénétrer assez loin pour constater qu'il n'y a pas de cordon prolabé. Le vagin est rempli de caillots. Pouls, 84. On pratique une injection vaginale chaude. Les contractions deviennent de plus en plus régulières; la femme ne perd plus de sang.

A 10 heures du matin, j'examine la femme : l'auscultation des bruits du cœur fœtal est négative ; dilatation de 5 francs.

La femme dit qu'elle n'a plus senti remuer l'enfant depuis le moment où elle a perdu du sang.

Les contractions sont extrêmement énergiques, et il est possible à ce moment d'affirmer, par suite de l'ascension de la tumeur fibreuse, que l'accouchement se fera facilement.

A midi, la femme commence à faire des efforts d'expulsion et elle accouche une heure après d'un enfant mort du sexe féminin, pesant 3.020 grammes.

A 1 h. 35, on pratique la délivrance par extraction simple. La mensuration donne 2 cm. 37. L'insertion du cordon est vélamenteuse sur une longueur de 12 centimètres. A une très courte distance de cette insertion, les vaisseaux se séparent les uns des autres pour cheminer vers le placenta.

Les membranes présentent deux ouvertures, l'une très large, par laquelle est sorti le fœtus; une autre plus petite, arrondie, d'un diamètre de 5 centimètres. Sur le bord de ce second orifice,

on constate la présence d'un vaisseau un peu plus gros qu'une allumette et présentant une solution de continuité, les deux bouts étant distants de 2 centimètres environ. L'injection montra qu'il s'agissait d'une branche veineuse assez volumineuse; il n'existe pas de vaisseau artériel accolé. Sur le bord opposé de la petite ouverture existe un vaisseau artériel qui ne paraît pas présenter de solution de continuité. Ces constatations m'amenèrent à penser que vraisemblablement l'hémorragie qui s'était produite au début du travail était d'origine funiculaire, qu'elle était due à cette solution de continuité d'un vaisseau, ce qui expliquait que, quoique minime, elle avait suffi à tuer le fœtus.

L'*autopsie* du fœtus montra que les masses musculaires étaient pâles, décolorées. La section des gros vaisseaux de la cage thoracique et de l'abdomen donna à peine issue à quelques gouttes de sang, les sinus de la dure-mère eux-mêmes étaient, pour ainsi dire, exsangues. Aucune lésion organique des centres nerveux.

Il me semble donc rationnel d'admettre que le fœtus a succombé par suite d'une hémorragie due à la rupture d'un vaisseau, qui s'est produite au moment où la partie des membranes qui devait constituer la poche des eaux commençait à subir une tension résultant de la descente de la partie fœtale. Il ne semble pas qu'on puisse attribuer cette hémorragie à l'insertion vicieuse du placenta. La mort du fœtus, en permettant une réduction plus grande des diamètres de la tête, a facilité l'accouchement, mais il est certain que, même si l'enfant avait vécu, il eût été expulsé spontanément. Les suites de couches ont été complètement apyrétiques. Le 17 septembre, j'ai pu constater que le fond de l'utérus était encore élevé dans la cavité abdominale. Par le toucher, on sentait encore le fibrome derrière et à droite du col utérin.

Obs. II. — La seconde observation est celle d'une femme de 38 ans, enceinte pour la première fois, bien que depuis l'âge de 26 ans elle ait eu des rapports sexuels. Les règles durent habituellement 5 à 6 jours, mais ne sont ni abondantes, ni douloureuses. Pas de leucorrhée. Les dernières règles ont eu lieu du 6 au 11 décembre, et les premiers mouvements actifs ont été perçus vers le 13 avril.

Au commencement du mois de mai la femme a commencé à souffrir du bas-ventre, en même temps qu'elle éprouvait des irra-

diations douloureuses du côté du rectum; ces douleurs, qui avaient apparu peu à peu, n'existent plus au moment où la femme entre à la clinique Baudelocque, le 7 juin. Depuis le début de la grosesse, pollakyurie; la malade se lève pour uriner 4 ou 5 fois par nuit. Des lavements quotidiens assurent la vacuité du rectum. Cette femme, qui antérieurement à sa grossesse était blanchisseuse, a cessé ses occupations depuis qu'elle est enceinte. Elle vient à deux reprises à la consultation de la clinique Baudelocque, le 20 mai et le 5 juin; on constate qu'il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le 6 juin elle ressent pour la première fois un point douloureux dans l'abdomen et se décide à rentrer à la clinique.

A son entrée, le 8 juin, on constate qu'il existe au niveau de la corne utérine droite un fibrome du volume du poing, qui est très douloureux au palper. Sur la partie latérale droite de l'utérus, tumeur fibromateuse en plaque assez volumineuse; sur le côté gauche on sent un petit fibrome de la grosseur d'une noix. On reconnaît en outre au palper que le fœtus se présente par l'extrémité céphalique et que le dos est à droite. Les bruits du cœur s'entendent difficilement. Au toucher le col est refoulé derrière la symphyse du pubis par une tumeur fibromateuse du volume d'une tête de fœtus qui remplit l'excavation.

Le 9 juin, perception nette des mouvements actifs et des bruits du cœur du fœtus. Les urines sont rouges et épaisses; faibles traces d'albumine. On soumet la femme au repos et au régime lacté. Au bout de quelques jours la quantité d'urine s'élève progressivement à 1 litre et demi, puis 2 litres.

Lorsque j'examinai cette femme pour la première fois le 23 août, je constatai que les fibromes qui avaient été notés avaient plutôt augmenté de volume, et il me semblait en particulier qu'il y avait peu de chance pour que la tumeur intra pelvienne se réduisît et pour que l'accouchement d'un enfant vivant se fît par les voies naturelles. Le 1er septembre, un nouvel examen me montra que la masse dure qui remplissait partiellement l'excavation avait plutôt tendance à descendre qu'à monter et à augmenter qu'à diminuer. Il me parut presque impossible que l'accouchement pût avoir lieu par les voies naturelles; ce fut également l'opinion de mon ami Potocki, qui voulut bien, à diverses reprises, examiner cette femme. Il fut néanmoins décidé de laisser la femme aller à terme et de n'intervenir que si la tumeur ne se réduisait pas.

blanc, néphrite ; 21° césarienne. Grossesse à 8 mois compliquée de myomes multiples de l'utérus, interstitiels et sous-séreux pédiculés ; 22° utérus gravide à 10 mois ; 23° césarienne ; utérus à 10 mois de grossesse ; 24° utérus atonique à 6 mois de grossesse ; décollement prématuré du placenta. Cœur et reins normaux ; 25° utérus puerpuéral à 10 mois de grossesse ; 26° utérus atonique à 10 mois de grossesse.

Conclusions. — 1° Des éléments fœtaux, cellules géantes syncitiales et cellules de Langhans, se rencontrent dans la musculeuse de tous les utérus gravides de 1 à 10 mois ; ils peuvent même être constatés sur l'utérus puerpéral plusieurs semaines après l'accouchement.

2° Sous l'influence des affections du cœur, du rein, de tumeurs utérines, d'altérations de la muqueuse, en résumé dans le cas de conditions de nutrition défavorables pour le placenta, les éléments fœtaux croissent de façon luxuriante de la surface jusque dans la profondeur de la musculeuse. De là ils peuvent pénétrer dans le torrent circulatoire, jusque dans les vaisseaux du poumon. de l'organisme.

3° Normalement, ils causent un léger gonflement, une légère infiltration des tissus sur lesquels ils reposent, mais pas de nécrose.

4° Le diagnostic de syncitioma malignum peut, éventuellement, être très difficile : il ne faut le poser qu'après l'étude très soigneuse de tous les éléments anatomiques de l'utérus. Le diagnostic n'est assuré que dans le cas de prolifération sans limites et sans formes de l'épithélium fœtal dans la musculeuse, quand on y rencontre cet épithélium fœtal non pas sous forme d'éléments isolés entre les cellules et les faisceaux musculaires, mais sous forme d'une masse anatomique multi-stratifiée. Il faut également tenir compte de l'action destructrice du néoplasme sur la musculeuse, de la forme et des caractères de l'épithélium, de l'altération morphologique de sa structure, comme dans d'autres carcinomes de l'utérus.

5° Quand à l'épithélium fœtal s'associent des conglomérats de villosités choriales, qui siègent dans les gros vaisseaux et sont intimement unis à la musculeuse, dans ce cas, indépendamment de l'adhérence placentaire, survient de l'atonie de l'utérus, capable d'entraîner la mort.

6° Normalement, il n'y a pas, sous l'influence de la gestation, néoformation de cellules musculaires, les anciennes s'hypertro-

phient beaucoup, mais elles conservent leur aptitude physiologique à l'extension et à la conctraction.

7° Sous l'influence des affections du cœur, de la néphrite, de l'éclampsie, de la septicémie, la musculeuse utérine s'hypertrophie plus que dans l'utérus simplement gravide, elle subit la dégénérescence hyaline, la désintégration fibrillaire et moléculaire et la vacuolisation. Inutile de citer la dégénérescence graisseuse, processus normal dans tout utérus puerpéral.

8° Sous l'influence des divers processus de dégénérescence, la musculeuse perd son aptitude à l'extension et à la contraction, ce qui peut entraîner l'atonie et la rupture de l'utérus.

9° Le placenta fait preuve d'une faculté remarquable d'adaptation aux conditions d'espace et de nutrition, et d'une force remarquable de compensation, qui se traduit par une suractivité fonctionnelle de certaines de ses portions quand d'autres ont été annihilés par des maladies de la mère ou de l'enfant. Dans le cas d'infarctus du placenta, la partie restée saine présente une prolifération, un bourgeonnement très actif de l'épithélium, comme aussi une ramification exubérante des villosités choriales, et de la stase dans les vaisseaux.

10° La formation d'infarctus avec coagulation du sang dans le placenta est un état constant dans les maladies du cœur et des reins, dans l'éclampsie, et même dans les maladies du cœur de l'enfant. La nécrose du placenta survient même dans le décollement prématuré de l'arrière-faix, avec formation d'un hématome entre l'utérus et le placenta.

Un cas d'avortement tubaire incomplet montrant l'enfouissement intra mural du placenta (A case of incomplete tubal Abortion showing intra-mural embedding of the Placenta). C. Lockyer. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1903, vol. XLV, p. 191.

L'auteur a utilisé pour étudier les dispositions histologiques de la greffe de l'œuf dans la grossesse tubaire une pièce pathologique obtenue par laparotomie dix semaines environ après une fausse couche (?) survenue après défaut d'une période menstruelle. Pièce jeune et qui, de plus, avait l'avantage de n'avoir pas été altérée dans ses dispositions anatomiques, il n'y avait aucun caillot sanguin dans la lumière de l'oviducte.

On remarque dans cette pièce que toute la paroi tubaire

M. Pinard. — Je ne pense pas que l'hypothèse faite par M. Lepage pour expliquer la déchirure du périnée soit bien plausible, car on peut observer des déchirures aussi étendues sans qu'il y ait eu des phénomènes de compression, surtout lorsque la tête vient derrière.

Je désire ajouter quelques renseignements sur l'état des deux malades lorsqu'elles sont rentrées à la clinique Baudelocque. Ces deux femmes, dont l'utérus était farci de fibromes, éprouvaient de terribles douleurs et se plaignaient d'une façon continue; je crois que nombre de chirurgiens qui les auraient examinées à ce moment auraient pensé, en raison de l'état général mauvais de ces deux malades, qu'il y avait lieu d'intervenir et auraient pratiqué l'ablation de l'utérus gravide. Je soumis ces deux femmes au repos complet au lit, au régime lacté, en surveillant de près les fonctions urinaire et intestinale; peu à peu tous les accidents douloureux se sont calmés, il n'y a pas eu d'hémorragie, et dans ces utérus de vieilles primipares, bourrés de fibromes, les enfants ont pu se développer d'une manière suffisante pour naître à terme avec un poids normal.

Je crois que l'hypothèse qu'a faite M. Lepage pour expliquer la mort du fœtus de la première femme est logique, et, sans cet accident, nous aurions vu ces deux femmes, dont l'état était si alarmant vers le sixième mois de la grossesse, accoucher spontanément à terme d'enfants vivants.

M. Pozzi. — Je suis, comme M. Pinard, d'avis que les indications d'intervenir chez des femmes enceintes ayant des fibromes sont exceptionnelles; cependant il ne faut pas oublier que ces femmes sont plus exposées que d'autres aux hémorragies, non seulement pendant la grossesse, mais au moment du travail. J'ai vu ainsi succomber récemment, dans mon service, une femme pour laquelle je n'avais pas voulu intervenir pendant la grossesse et qui mourut d'une hémorragie au moment de la délivrance.

M. Pinard. — Si les femmes ayant des fibromes peuvent présenter des hémorragies pendant la grossesse et au moment du travail, c'est parce que souvent chez elles le placenta s'insère sur le segment inférieur.

M. Pozzi. — Cela est possible, mais le fibrome ne doit pas être complètement mis hors de cause dans la production de ces hémorragies, puisque les accoucheurs admettent couramment la fréquence de l'insertion vicieuse dans les utérus fibromateux.

REVUE ANALYTIQUE

De l'anatomie et de la pathologie du placenta. Syncitium dans l'utérus gravide. Action des maladies du cœur et des reins sur la musculeuse utérine et sur le placenta. Atonie de l'utérus. Adhérence placentaire. Rupture de l'utérus. (Ueber Anatomie und Pathologie der Placenta. Syncitium in dem schwangeren Uterus. Wirkung der Herz-und Nierenkrankheiten auf die Musculatur und Placenta. Atonie des Uterus, Placentar-Adhärenz. Uterus-Ruptur.) P. Kworostansky, *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVII, Hft. 1, p. 113.

Mémoire pour lequel l'auteur a utilisé les résultats fournis par l'examen microscopique de nombreuses pièces pathologiques, dont il rapporte les particularités histologiques après avoir relaté les points essentiels et indispensables des observations cliniques correspondantes. De nombreuses et bonnes figures facilitent la lecture des descriptions microscopiques.

Ces observations se présentent sous les diverses rubriques suivantes : 1° grossesse dans le 1er mois; 2° grossesse gémellaire du 1er et du 2e mois compliquée de myome interstitiel de l'utérus ; 3° grossesse de 2 mois à 2 mois et demi ; 4° grossesse à 2 mois ; 5° grossesse de la 3e à la 4e semaine ; 6° grossesse à 3 mois, myome de l'utérus ; 7° grossesse du 3e au 4e mois ; 8° grossesse à 4 mois ; 9° préparation macroscopique : utérus, grossesse avec poche ovulaire de 4 mois à 4 mois et demi. Carcinome de la portion ; 10° grossesse à 4 mois, siégeant à gauche dans une corne accessoire, rudimentaire de l'utérus ; 11° atonie de l'utérus, utérus au 10e mois de la grossesse ; 12° adhérence du placenta ; hémorragie par inertie ; grossesse à 9 mois ; 13° rupture de l'utérus, grossesse à 10 mois ; 14° utérus et placenta d'une femme morte d'éclampsie au 6e mois de la grossesse ; 15° grossesse à 10 mois, néphrite ; 16° placenta à 8 mois. Affection cardiaque, néphrite ; 17° placenta de grossesse à 7 mois, néphrite; 18° placenta de grossesse à 9 mois, affection cardiaque ; 19° placenta et utérus de grossesse à 10 mois. Affection du cœur chez le fœtus. Infarctus blancs du placenta ; 20° placenta à 9 mois de grossesse ; décollement prématuré du placenta. Infarctus

limitant, circonscrivant une lumière dépourvue de caillots sanguins contient des franges sectionnées dans des directions variées. Le tissu placentaire est dégénéré; on aperçoit des hémorragies libres; les villosités sont fibreuses, la couche trophoblastique manque à la plupart; on n'aperçoit que quelques bourgeons de protoplasma polynucléé. Le *placenta* petit, môlaire, est *isolé de la lumière de la trompe* par une capsule continue, composée extérieurement de muqueuse tubaire et intérieurement de tissu ressemblant tout à fait à la couche fibro-musculaire de la trompe, etc. Au résumé, l'étude des coupes prouve nettement que le placenta est situé dans la paroi de la trompe, c'est-à-dire que l'œuf fécondé s'est greffé profondément dans la muqueuse, mais le point qui reste à préciser, c'est le degré de pénétration, de profondeur atteint par le trophoblaste. Si l'on démontrait la présence de fibres musculaires bien formées dans la capsule, c'est que l'enfouissement se serait fait dans la musculeuse tubaire. Il ressort également de ces recherches que le mode d'enfouissement de l'œuf fécondé dans la trompe est analogue à celui de l'œuf fécondé dans l'endométrium (démonstration de Peters). En outre, qu'il n'y avait pas de réaction déciduale dans la paroi tubaire au niveau de l'aire placentaire.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'obstétrique générale (Vorlesungen über allgemeine Geburtshülfe). H. Bayer, 1903, Bd. I, Hft. II, Schlesier et Schweikhart, éditeurs.

Ce deuxième fascicule du tome I des *Leçons sur l'obstétrique générale*, dont nous avons déjà annoncé la publication (1), est entièrement consacré à l'étude du bassin et de ses anomalies. Étude aussi

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, avril 1903, p. 308.

intéressante que complète et instructive : embryogénie, anatomie comparée, développement phylogénétique et ontogénétique du bassin, influence de races, d'âge, de sexe, statique et dynamique pelvienne, déformations pathologiques : *a*) anomalies de forme primaires, idiopathiques ; *b*) anomalies de forme secondaires, deutéropathiques, tous ces côtés de la question sont traités avec autant d'originalité que de science.

De plus, de nombreuses figures disséminées au courant du texte, ainsi que de très belles planches pour lesquelles la radiographie a été très heureusement utilisée, facilitent l'intelligence de cette œuvre très personnelle, de haute valeur, nous semble-t-il, qui s'adresse beaucoup plus à des lecteurs déjà instruits qu'à des débutants.

R. L.

Atténuation des douleurs et anesthésie en obstétrique ; considérations spéciales sur l'anesthésie à l'aide de la scopolamine et de la morphine combinées (Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshülfe, etc.). R. von Steibuchel, 1903, Leipzig et Vienne, F. Deuticke.

Les conclusions de ce consciencieux travail dans lequel l'auteur fait d'abord l'examen historique des méthodes d'anesthésie en obstétrique, puis passe soigneusement en revue les méthodes d'anesthésie appliquées actuellement, puis expose les observations cliniques (20) etc., sont : 1° quand une parturiente souffre beaucoup, on a non seulement le droit, mais le devoir d'atténuer les douleurs de l'enfantement ; 2° on peut, en utilisant un certain nombre des nombreux moyens qui sont à notre portée, réaliser ce but, mais en faisant courir, avec certains d'entre eux, des risques à la mère, avec certains autres des risques à l'enfant ; 3° par l'emploi en injection sous-cutanée d'un mélange de 0 gr. 01 de morphine et de 0 gr. 0003 à 0 gr. 0004 de scopolamine, on dispose d'un mode d'anesthésie préférable à beaucoup d'autres et dénué de leurs inconvénients : cette médication amène une diminution considérable des douleurs, sans affecter la conscience du sujet, et au point qu'on peut poursuivre des interventions obstétricales longues et douloureuses sans grandes plaintes de l'opérée. En outre, sur

rations ; quand on a bien dégagé le segment inférieur, ou même avant toute libération, il est expéditif de couper transversalement au-dessus du vagin, sans chercher à pénétrer dans ce conduit. Le traitement du petit moignon est plein de sécurité, l'infection a disparu. Que veut-on de plus ?

Jusqu'ici, je ne veux rien de plus. Je dis seulement que les mérites de la subtotale me paraissent être exactement ceux de la totale, et je reproche à la première, non d'être inférieure à la seconde, mais de se croire supérieure, « infiniment supérieure ». Le reproche n'est pas grave ; mais si petite que soit la nuance, il y a toujours quelque intérêt à voir les choses comme elles sont. Par quelle paresse de l'esprit ou des doigts, par quelle vue inexacte des procédés de la totale a-t-on pensé qu'il y eût, dans la confection de ce petit moignon, une facilité de plus ou une sécurité plus grande ? Pour la facilité : si je fais la totale, je taille obliquement l'insertion vaginale, au lieu de couper transversalement au-dessus ; mes ciseaux pénètrent d'emblée dans le vagin, et, comme il faut les conduire en arrière et sur les côtés, la manœuvre dure un instant de plus que la section transversale ; à part cet instant, je ne concède rien. Pour la sécurité : on a dit que la totale donne plus de sang ; c'est absolument faux, à moins qu'on ne fasse une totale de fantaisie, qu'on n'aille couper très bas la paroi vaginale et rencontrer des artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion. On a parlé aussi d'infection ascendante, mais le péril vaginal est une vieille rengaine. Regardez la surface lisse et polie de la voûte vaginale, et dites s'il est difficile de l'aseptiser par le lavage ; rappelez-vous les expériences qui ont été faites sur ce lavage et aussi sur la flore bactérienne du canal génital. Rappelez-vous que, chez la femme saine, les microbes du vagin ne sont pas pathogènes et que la cavité cervico-utérine n'en contient pas ; que si, dans un cas particulier, le vagin est infecté, la cavité cervicale peut l'être aussi, et qu'il n'y a pas de raison pour que l'ouverture de l'un soit plus dangereuse que celle de l'autre. Rappelez-vous enfin que jamais cette ouverture béante ne

fut une objection sérieuse contre l'hystérectomie vaginale ni une entrave à ses succès, et qu'en opérant par l'abdomen on est, à ce point de vue, dans de meilleures conditions, puisqu'on ferme le conduit aussitôt qu'il est ouvert.

Vous voyez que je défends la totale, bien plus que je n'attaque sa voisine. Je vais plus loin : l'égale facilité et l'égale sécurité n'existent que dans les cas ordinaires, typiques ou peu s'en faut, dans les cas où le segment inférieur ne contient pas de fibromes. Mais, si la présence d'une ou de plusieurs tumeurs déforme ce segment et déplace l'insertion, l'opération n'obéit plus à des règles précises ; on peut être amené à ouvrir le vagin et à faire, sans parti pris d'avance, une ablation totale ; plus souvent, l'incertitude qui règne sur le lieu de l'insertion, le voisinage de la vessie et de l'uretère engagent l'opérateur à faire la section plus haut. C'est la subtotale, c'est même la supra-vaginale d'autrefois et son long pédicule qui peuvent, dans des cas pareils, être choisis et donner les meilleures chances. C'est encore la subtotale qui doit se faire, que j'ai faite bien des fois et que je ferai encore, lorsque l'épaisseur de la paroi abdominale et la fixité de l'utérus obligent à opérer tout au bout des doigts, au fond du petit bassin.

Donc, je le répète, la subtotale est très bonne. Si je considère seulement la technique et le succès immédiat de l'opération, je ne lui reproche autre chose que d'être préférée, dans la plupart des cas, pour des raisons qui me paraissent futiles. J'ai été étonné d'entendre un opérateur comme Bouilly, à la tribune du Congrès de chirurgie, en parler comme d'un dernier perfectionnement qui devait enfin nous donner confiance, et de voir le même sentiment se dégager des discours et des écrits de plusieurs de mes collègues, de lire des statistiques dans lesquelles un écart de deux ou trois unités semble donner tort à la totale, alors qu'il n'est pas tenu compte des multiples conditions que néglige forcément la statistique. Je ne crois pas qu'il y ait, en somme, la moindre différence de pronostic entre les deux procédés ;

toute ma pratique, depuis plusieurs années, en témoigne.

J'ai à peine besoin d'ajouter que, si je n'avais pas autre chose à dire aux partisans exclusifs de la subtotale, l'intérêt de mon plaidoyer serait mince, et ils pourraient me répondre à bon droit que ce n'était pas la peine de les déranger. Mais j'ai autre chose à leur dire.

Le moignon de la subtotale. — Ce moignon qu'on a laissé peut être un jour le siège d'une dégénérescence maligne, épithéliome ou sarcome. Disons tout d'abord que le fait, s'il est avéré, est bien de la faute de l'hystérectomie partielle, car, si on avait supprimé le museau de tanche, c'est-à-dire une localisation possible, rien ne prouve que la malade eût fait un autre cancer.

Disons d'autre part, et sans plus tarder, que le fait est rare. Il est assez rare pour que, dans nos discussions de 1897 sur l'hystérectomie abdominale, alors qu'il s'agissait d'établir avant tout quel était le meilleur procédé pour rendre l'opération bénigne, le plus sûr pour sauver la femme des accidents immédiats, nous avons eu un instant cette vision sans nous y arrêter. Hartmann a cité un cas de moignon devenu cancéreux, il ne l'a pas retenu et n'en a pas tiré d'argument. Il serait, en effet, peu rationnel, pour échapper dans l'avenir à quelque danger lointain, problématique, de choisir l'opération qui donnerait pour le présent les moins bonnes garanties. Mais, si la technique est bien arrêtée et si nous avons le choix entre des procédés d'égale valeur, alors nous pouvons mettre en ligne de compte, sinon en première ligne, une éventualité que nous avions tout d'abord écartée comme importune. Voilà pourquoi j'ai tenu à rappeler que l'hystérectomie totale n'est pas généralement plus difficile ou plus dangereuse que la subtotale, et que, si elle peut nous rendre quelques services de plus, des chirurgiens d'expérience n'ont aucune raison péremptoire pour la repousser ou la négliger.

Il ne faut pas, non plus, exagérer la rareté de la dégénérescence. Je viens de rappeler le cas d'Hartmann; Le Dentu m'a dit, et m'a répété il y a quelques jours, qu'il en

avait deux exemples ; pour ma part, j'en ai observé trois. Il est vrai que Bouilly, sur une centaine de cas, n'a rien vu de semblable. Affaire de hasard; une centaine de cas, c'est peu de chose; et puis, il ne faut pas s'imaginer que nos anciennes opérées n'ont plus jamais rien quand nous les avons perdues de vue. Combien, dans la pratique hospitalière, nous échappent après un an ou deux ! Nous les suivons assez longtemps pour savoir qu'elles sont contentes de n'avoir plus de fibromes, assez pour continuer notre enquête sur les troubles nerveux et la fameuse « sécrétion interne » ; mais si plus tard il arrive malheur, elles sont en province, ou bien elles ont oublié leur chirurgien plus vite que nous leur numéro, ou bien quelques guérisseurs les tiennent ; ou encore, si elles sont malades, c'est que nous les avons mal opérées ; bref, plus d'une ont des raisons, bonnes ou mauvaises, pour ne pas revenir. C'est assez, je crois, pour ne pas nier toute importance à un fait qu'on n'a pas encore vu.

I. — Ma première malade, Jeanne V..., trente-neuf ans, fut opérée le 13 avril 1899, pour un gros utérus dont la lésion était obscure. L'épaisseur de la paroi abdominale chargée de graisse me permettait seulement de juger qu'il était assez régulièrement arrondi, mobile et n'atteignait pas tout à fait l'ombilic. Ces quelques signes, des douleurs, des hémorragies et aussi des pertes séreuses me laissèrent hésiter entre un fibrome et un cancer du corps. La femme n'avait pas eu d'enfant ; le vagin était fort étroit, le col intact et très haut situé. Les deux voies d'accès paraissant également difficiles, le diagnostic incertain me fit choisir la laparotomie.

J'abordai un utérus fibromateux, contenant une seule tumeur grosse comme les deux poings et développée aux dépens de son fond, si bien que les deux annexes et les ligaments larges étaient cachés tout au fond du petit bassin, et que, gêné par l'épaisseur de la paroi abdominale, j'opérais comme dans un puits. J'aurais bien voulu faire l'hystérectomie totale, car je me demandais encore si je ne trouverais pas de cancer dans la cavité utérine ; mais dans un cas pareil, la subtotale était plus expéditive et plus sûre. Je me

décidai pour elle, quitte à poursuivre l'extirpation du col, si l'examen de la cavité m'y forçait. L'utérus enlevé fut examiné séance tenante, il ne contenait rien de suspect; la tranche était saine; le moignon cervical, de son côté, n'offrait rien d'anormal. Je terminai l'opération sans autre incident.

Six mois plus tard, la malade revint se faire examiner, elle avait un cancer du col envahissant les culs-de-sac, et dont je tentai vainement l'extirpation par une seconde laparotomie. Devenue promptement cachectique, elle alla mourir dans son pays.

Je dois dire qu'ici l'apparition du cancer dans les six mois donne à penser qu'au moment de l'opération il pouvait exister déjà, trop peu avancé pour attirer l'attention. Cette opinion, d'ailleurs, a été mise en avant par Freund (1), par Goullioud et Gangolphe (2); elle peut être justifiée dans certains cas. Mais le fait, s'il était démontré, ne changerait rien à la question; il importe peu que le moignon soit destiné à devenir cancéreux ou qu'il ait déjà dans sa trame quelques cellules dégénérées qui échappent à l'examen clinique. Si j'avais opéré la femme deux ans plus tôt par le même procédé, son col n'en serait pas moins tombé malade le même jour et à la même heure.

II. — Deuxième fait : Mme C..., trente-huit ans, fut opérée le 2 juillet 1898. La tumeur montait au-dessus de l'ombilic; un gros fibrome, entièrement sorti de la paroi, était largement pédiculé sur le fond de l'utérus; le corps était gros comme les deux poings et contenait un fibrome interstitiel; le col était hypertrophié, scléreux. Deux hydrosalpinx obstruaient le petit bassin, de grosses veines sillonnaient les ligaments larges. La complexité de l'opération, la difficulté de l'hémostase m'engagèrent à couper simplement au-dessus de l'insertion vaginale; le museau de tanche fut laissé, la tranche et la cavité cervicales brûlées au thermo-cautère, et le petit moignon recouvert de péritoine. La malade resta guérie pendant trois ans; puis, à la fin de l'année 1901, elle eut de nouveau des pertes et des douleurs, et quand elle revint me voir, le 20 octobre 1902, elle avait un cancer envahissant du col et des culs-de-sac.

---

(1) Freund, *Huitième session de la Soc. de gyn. allemande*, 1899, p. 231.

(2) Goullioud et Gangolphe, *Soc. de chir. de Lyon*, 27 décembre 1900.

III. — Sur le troisième fait, je n'ai pas conservé de notes écrites. C'était une malade qu'un autre chirurgien avait opérée pour fibrome, en laissant un moignon ; je ne la vis qu'en passant, et constatai un cancer du col, inopérable comme les précédents.

On voit que j'ai observé seulement des épithéliomes, c'est-à-dire que, sur un moignon d'utérus fibromateux, la muqueuse a dégénéré, sans qu'il y ait aucun rapport de tissus — nous verrons tout à l'heure quel rapport doit être admis — entre l'ancienne et la nouvelle tumeur. Mais il y a aussi des sarcomes. Avant de m'expliquer davantage, voyons ce que disent les auteurs et ce qu'a pu me révéler la littérature médicale. J'ai trouvé une dizaine d'observations dans lesquelles la dégénérescence du pédicule est nettement indiquée.

WEHMER (1). — Femme de 45 ans. Elle était porteuse d'une tumeur utérine ayant acquis, en l'espace de 3 mois, un volume considérable, avec fièvre et infiltration œdémateuse des membres. On fit l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur. Mais, au bout de quelques mois, survint une repullulation au niveau de la cicatrice abdominale du pédicule. L'examen du tissu nouveau révéla un processus franchement sarcomateux. La femme succomba peu de temps après.

MENGE (2). — Femme de 56 ans, ayant eu six grossesses, et atteinte depuis dix ans d'une tumeur utérine diagnostiquée fibrome. Depuis quelques mois, la santé s'altérait sans motif appréciable ; une intervention fut jugée nécessaire. Laparotomie et ablation d'une tumeur pesant 11 livres, accompagnée d'un peu d'ascite. Le moignon utérin fut traité suivant le procédé de Zweifel. L'examen du néoplasme fit voir qu'il s'agissait d'une tumeur histologiquement bénigne. Huit mois plus tard, la malade revient consulter pour une récidive ; mort le dizième jour ; examen du tissu morbide : myo-sarcome lymphangiectasique.

SAVOR (3). — Femme de 52 ans, ayant subi quatre ans auparavant l'hystérectomie avec pédicule rétro-péritonéal, pour un fibro-myome utérin. Depuis quelques semaines, leucorrhée abondante striée de sang. On trouva sur la lèvre postérieure

(1) WEHMER, *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1888, XIV, p. 106.
(2) MENGE, *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, XIX, p. 453.
(3) SAVOR, *Soc. d'obst. et de gyn. de Vienne*, 1898, 14 juin,

du col une sorte de champignon envahissant déjà la paroi vaginale correspondante. On eut beaucoup de peine à faire l'excision du mal, à cause des adhérences. La malade guérit.

Erlach (1). — L'auteur cite le cas d'une femme qui eut une dégénérescence maligne de son moignon, un an après une hystérectomie abdominale pratiquée pour un myome gangrené.

Schenk (2). — Femme de 57 ans, multipare. Depuis deux mois, métrorragies, douleurs, amaigrissement. On porte le diagnostic de *fibromyome*. Hystérectomie abdominale avec pédicule, le 16 décembre 1897. Le 14 avril 1898, les pertes et les douleurs recommencent ; on trouve alors un champignon cervical, qui saigne facilement par le toucher. Une intervention nouvelle est refusée. Mort le 15 août 1898.

Freund (3) se borne à déclarer qu'il a vu un cas de moignon d'hystérectomie ayant subi la dégénérescence maligne.

Condamin (4). — Notre collègue de Lyon rapporte deux observations.

La première concerne une femme de 58 ans, atteinte d'un fibrome qui dépassait l'ombilic et s'accompagnait de métrorragies abondantes, mais non fétides, et de douleurs intenses. On fit l'hystérectomie abdominale subtotale. Un an après, cette femme recommençait à perdre, et on découvrit au fond du vagin une masse fongueuse qui, un peu plus tard, se montra au niveau de la cicatrice abdominale. Mort.

Le second fait est celui d'une femme de 40 ans, qui avait subi une hystérectomie subtotale pour fibrome. Au bout d'un an, il y avait une éventration pour laquelle on dut intervenir. Au cours de l'acte opératoire, on s'aperçut que le moignon avait sensiblement augmenté de volume. Quelques mois plus tard apparurent des douleurs et des pertes sanglantes, et fut constatée l'existence d'un épithéliome du col. Mort.

Noble (5). — Femme de 35 ans; depuis plusieurs années, métrorragies et crises de péritonite pelvienne. On fit d'abord une laparo-

(1) Erlach, *Soc. d'obs. et de gyn. de Vienne*, 1898, 14 juin.

(2) Schenk, *Archiv für Gyn.*, 1901, LXIII, p. 455.

(3) Freund. *Huitième session de la Soc. de gyn. allem.*, 1899, p. 231.

(4) Condamin, *Soc. de chirurgie de Lyon*, 27 déc. 1900, et *Sem. gynécol*, 1902, p. 113.

(5) Noble, *Am. Journ. of. obst.*, New-York, p. 503.

tomie exploratrice, qui permit de constater la présence d'un fibrome utérin gros comme une noix de coco, d'un kyste de l'ovaire gauche et d'un hydro-salpinx droit avec nombreuses adhérences. Puis on pratiqua l'hystérectomie supra-vaginale; guérison rapide, pas d'examen histologique. Quatre mois plus tard, métrorragies; mort, au bout de quelques mois, de cancer utéro-vagino-pelvien.

MURTRY (1). — Femme de 50 ans; hystérectomie pour fibrome datant de quatre années. En septembre 1902, la malade revint consulter pour un cancer de la paroi abdominale, à point de départ cervical, mais indépendant du moignon (?). Excision de la tumeur après laparotomie; guérison. Cette tumeur était un *épithéliome*.

Les observations précédentes sont les seules où j'aie trouvé quelque précision. Plusieurs chirurgiens parlent du même accident, mais en termes sommaires. C'est ainsi que Savor, en publiant le fait que j'ai mentionné, ajoute qu'il en a vu quatre autres, et cite un exemple qui aurait été relaté par von Hacker. De son côté, Schenk avance que son observation est la douzième connue dans la littérature médicale, mais il néglige de citer les autres.

Déjà, au Congrès de Paris, en 1897, Péan (2) formulait son opinion de la manière suivante : « Je préfère ne pas conserver le col dans l'hystérectomie abdominale, parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithéliomateux les années suivantes. »

Pozzi (3) a observé 4 ou 5 cas de ce genre. Landau (4) (de Berlin) signale aussi les moignons qui deviennent sarcomateux.

Jacobs (5) déclare avoir vu, en Amérique, deux cas de dégénérescence carcinomateuse survenue quelques-mois après l'hystérectomie subtotale, et conclut à l'abandon des procédés à pédicule et du procédé américain.

(1) MURTRY, *Soc. médico-chirurgicale de Louisville*, 16 mai 1902.
(2) PÉAN, *Congrès de chir. de Paris*, 1897.
(3) POZZI, *Traité de gynécologie*.
(4) LANDAU, *Berlin. klin. Woch.*, 1899, n° 27, p. 681.
(5) JACOBS, *Centr. f. Gyn.*, 1896, XX, p. 21.

Mais tous les auteurs ne sont pas à ce point pessimistes. Zweifel (1) estime que la transformation maligne du moignon est très rare, et que cette éventualité ne justifie pas la condamnation des opérations partielles. Pas plus que Zweifel, je n'admettrai cette condamnation.

Bouilly (2), sur les cent et quelques femmes qu'il a traitées par l'hystérectomie supra-vaginale, n'a jamais constaté la dégénérescence. Abel (3), ayant examiné 65 cas (procédé de Zweifel), ne l'a pas constatée davantage, et même révoque en doute son authenticité. Thomas (4) (de Londres), sur 100 observations, est arrivé au même résultat négatif. Quiétude exagérée, à mon sens, fondée sur une vue un peu courte de la question.

De cette enquête, il faut naturellement écarter les opérations faites pour des tumeurs malignes et suivies de récidive sur le moignon; car nous sommes tous d'accord, en pareil cas, pour faire l'ablation totale. Burkhardt (5) opère une femme de 27 ans, pour une tumeur utérine accompagnée d'hémorragies profuses; il fait l'hystérectomie supra-vaginale et reconnaît ensuite, par l'examen histologique, que la tumeur est un sarcome. Il juge que cette constatation l'oblige à intervenir une seconde fois, et trois semaines plus tard il enlève le moignon cervical. Au bout de 18 mois la malade paraissait toujours guérie.

A ne prendre que les cas où le diagnostic de fibrome est bien établi, on voit que peu de faits ont été publiés *in extenso*, mais que d'autres, en assez grand nombre, ont été vus et sont rappelés chemin faisant. Il semble que les auteurs n'aient pris d'intérêt qu'à leurs ablations de fibromes, et qu'un échec tardif pour une pareille cause les ait laissés presque indifférents. Après tout, je les comprends : nous avons tous travaillé avec

(1) ZWEIFEL, *Soc. de gyn. de Berlin*, 24 mai 1899.
(2) BOUILLY, *Congrès de chir. de Paris*, 1899.
(3) ABEL, *Arch. f. Gyn.*, 1898, LVII, p. 286.
(4) THOMAS, *The Lancet*, 1902, p. 294.
(5) BURKHARDT, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1900, XLIII, p. 8.

ardeur au succès définitif de l'hystérectomie; une fatalité venant s'abattre sur quelques femmes ne nous apprend rien de nouveau et n'ôte rien à la valeur de nos actes. On parle ainsi quand on a seulement en vue la mécanique des opérations et le succès immédiat; on parle autrement quand on songe que la pathologie a des lois qu'il faut connaître, et que ces lois sont faites pour inspirer nos décisions et régler nos procédés.

Les faits que j'étudie en ce moment n'ont rien pour moi d'inattendu, car l'*utérus fibromateux* n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes, il est le terrain sur lequel elles poussent; l'utérus fibromateux, c'est-à-dire ce trouble de nutrition dont les divers états forment une série ininterrompue, où apparaît d'abord l'utérus scléreux de moyen volume, celui que Virchow a décrit dans son chapitre des myomes sous le nom de métrite parenchymateuse; puis l' « utérus géant », fibromateux sans fibromes ou contenant quelques nodules gros comme des noisettes et perdus au milieu d'une masse hypertrophique ; enfin, l'utérus fibromateux proprement dit, dans lequel la néoplasie qui envahit tout l'organe se dispose çà et là en forme de lobes et de lobules, de dimensions et de volume infiniment variés.

Dire que la « sclérose utérine », sous ces diverses formes, précède et appelle les néoplasmes les plus graves, peut paraître excessif ; car jusqu'ici on a toujours vu, sinon un véritable antagonisme, du moins une séparation très nette entre les fibromes, tumeurs bénignes, et les cancers ; et toutes les fois qu'on a trouvé, dans le même utérus, un cancer à côté d'un fibrome, on a parlé de coïncidence fortuite, sans admettre ni relation ni parenté entre les deux affections. Dans notre discussion récente sur la pluralité des néoplasmes, des chirurgiens bien informés m'ont dit que nous savons encore trop peu de choses pour faire de si audacieux rapprochements ; si bien qu'un auditeur impartial de nos séances d'alors n'a pu en rapporter qu'une impression,

c'est que deux tumeurs, bénigne et maligne, se rencontrent dans l'utérus par un simple effet du hasard, ou du moins qu'il est d'un médiocre intérêt de poser la question.

Cependant, si la tumeur maligne est un sarcome, les liens de parenté sont d'ores et déjà bien établis. La transformation sarcomateuse des fibromes est connue, elle n'est pas douteuse (1) ; elle se comprend d'elle-même et ne heurte aucune loi d'histogénie, puisque les deux espèces appartiennent à la série conjonctive. Or, à côté du fibrome, la paroi utérine est scléreuse et de structure identique ; le lobule fibreux n'est qu'un cas particulier de l'hypertrophie générale. Quoi d'étonnant à ce que la trame elle-même puisse devenir sarcomateuse, dans un utérus géant sans tumeur, ou dans un pédicule, vestige de l'utérus hypertrophié ?

Pour l'épithéliome, la relation est moins claire. La dégénérescence carcinomateuse des fibromes est une impossibilité histologique ; Virchow pouvait y croire, parce qu'il admettait la genèse du cancer aux dépens du tissu conjonctif, mais aujourd'hui carcinome et épithéliome étant synonymes, une tumeur fibreuse, d'origine mésodermique, n'a plus le droit de se muer en tumeur de la série épithéliale. Ce qui arrive, c'est qu'un double processus envahit l'organe : un cancer né dans la muqueuse se propage au parenchyme, et très naturellement — l'épithéliome gagant de proche en proche et ne respectant rien — envahit la masse fibreuse.

Or, j'ai déjà soutenu que ce double processus est d'une extrême fréquence, et qu'il n'est pas l'effet du hasard. Permettez-moi de me répéter. Nous avons tous vu des cancers du col ou de la cavité coïncider avec de gros fibromes ; mais ce que nous avons vu encore, sans le remarquer et sans le dire, c'est l'état fibromateux inséparable du cancer. Rappelons nos souvenirs : sur un grand nombre d'utérus enlevés parce qu'ils étaient cancéreux, nous avons trouvé dans la

(1) FEHLING, *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1889, I, p. 483 ; — O. DE FRANQUÉ, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1899, XL, p. 183.

paroi de petits noyaux fibreux que nous n'avions pas prévus et dont la constatation nous a paru dénuée d'intérêt ; sur beaucoup d'autres, à coup sûr, il en existait que nous n'avons pas cherchés. Allons plus loin : tous nos utérus cancéreux avec ou sans fibromes, étaient des utérus plus gros qu'à l'ordinaire, hypertrophiés, scléreux, tous présentaient les lésions de la « métrite parenchymateuse » de Virchow. Et ces lésions sont toujours les mêmes, qu'il s'agisse de l'utérus scléreux banal des arthritiques nerveuses, de l'utérus affecté de cancer du col ou de la cavité, de l'utérus pourvu de nodosités fibreuses : lésions d'hyperplasie simple, absence d'éléments inflammatoires et d'infiltrations leucocytaires ; intégrité histologique des fibres musculaires, qui ne sont ni dissociées, ni interrompues par les travées fibreuses, mais qui sont augmentées de volume, augmentées de nombre au moins sur les utérus volumineux, où l'hyperplasie est aisée à constater par l'abondance des fibres-cellules nucléées jeunes ; bandes de sclérose péri-vasculaire systématique, très différentes des traînées de tissu conjonctif lâche, muqueux, parsemé d'hémorragies interstitielles et d'amas de cellules embryonnaires, qui dispersent et étouffent les faisceaux musculaires dans les utérus infectés. Je parle, naturellement, des cas types, et j'écarte ceux dans lesquels une infection secondaire s'est greffée sur un utérus fibromateux, comme nous le voyons parfois chez nos malades.

Si toujours, à côté de l'épithéliome, on trouve les altérations du parenchyme qui sont le caractère propre de l'utérus fibromateux, j'en conclus forcément que cette hyperplasie est le terrain favorable à l'éclosion du cancer.

Reste à comprendre, après l'avoir constatée, cette relation tout d'abord mystérieuse entre l'affection parenchymateuse et la néoplasie épithéliale. Au demeurant, elle est fort simple. Tous les utérus dont il vient d'être question sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée dans toutes ses parties. Sauf le cas d'infection surajoutée, l'épithélium de revêtement et celui des glandes sont intacts, normaux. Les glandes sont allongées, flexueuses,

ramifiées, plus serrées et plus nombreuses, mais elles ne présentent pas d'altération structurale, et ce caractère, joint à l'intégrité du stroma et à l'absence d'infiltration leucocytaire, montre qu'il s'agit encore là d'une hypertrophie pure et simple. Telle est la « métrite glandulaire hypertrophique » des auteurs, celle qui a fait dire à plusieurs que la métrite prédispose au cancer, celle dont Pozzi a dit que, « si elle résiste pendant plusieurs mois à une série de curettages, elle montre par cela même une tendance à se transformer en épithéliome », celle enfin qu'on a toujours confondue avec la métrite infectieuse, comme si l'infection pouvait expliquer cette production nouvelle portant sur des éléments nobles et des organites compliqués, comme si l'invasion microbienne, qui altère et détruit l'épithélium, qui laisse après elle des lésions atrophiques, pouvait en même temps donner la vie, créer des glandes et des fibres musculaires. Le malheur est que l'infection n'est pas rare et peut toujours intervenir pour troubler notre jugement, et c'est pourquoi les histologistes, en présence de certaines coupes, ont admis qu'elle pouvait souffler le chaud et le froid, détruire et espacer les glandes étouffées par le stroma, ou les faire plus serrées et plus nombreuses. C'est qu'ils ont vu, sans doute, des muqueuses hypertrophiées que les microbes avaient envahies, et qu'ils n'ont pas su faire la distinction entre les deux processus.

Combien de fois n'a-t-elle pas donné le change, non seulement aux chirurgiens, mais encore aux maîtres du microscope, cette hypertrophie de la muqueuse utérine ? Tantôt l'histologiste avait dit « cancer », et le mal n'est pas revenu ; tantôt il avait dit « métrite », et plus sûrement encore la récidive a démenti son affirmation. Je me souviens d'avoir présenté à la Société de chirurgie — il y a longtemps, nous en étions encore à comparer les mérites de l'hystérectomie vaginale et des résections du col — un utérus que je venais d'enlever pour un épithéliome du museau de tanche, et dans lequel Boussi avait trouvé un cancer diffus de la muqueuse utérine. A quelque temps de là, j'eus l'occasion de montrer à Brault

les préparations microscopiques de Boussi, et Brault me déclara qu'il s'agissait d'une simple métrite ; et je vis moi-même sous l'objectif ces cavités sinueuses occupant tout le champ du microscope et revêtues d'un épithélium régulier, qui sont bien la figure d'une hypertrophie glandulaire typique. Boussi avait-il été trompé par quelques points obscurs de ses préparations ? Le fait est qu'il y a des cas douteux et sur lesquels on hésite à se prononcer. Cette hypertrophie diffuse, que les Allemands ont appelée l' « adénome bénin », reste inoffensive tant qu'elle est « nettement glandulaire » ; mais si la lumière des glandes s'élargit, si l'épithélium se dispose en plusieurs couches, si les cellules deviennent métatypiques, c'est l'épithéliome qui commence ; si la cyto-diérèse, au lieu d'être orientée vers la lumière du tube, se désoriente (Fabre-Domergue), si les cellules altérées s'accumulent et bourrent les cylindres, le cancer bat son plein. On a vu sur des coupes la transition de l'hypertrophie glandulaire simple à l'épithéliome, en passant par ce stade improprement désigné sous le nom d' « adénome malin », et qui n'est autre que la première étape du cancer.

Il n'est donc pas niable que l'hyperplasie des glandes utérines marque une tendance vers la néoplasie épithéliale. Or, cette modification de la muqueuse accompagne invariablement les fibromes utérins ; sa description est liée à celle de l'utérus fibromateux. Voilà comment celui-ci est le terrain propre au développement du cancer, et comment la dégénérescence du moignon est une chose naturelle, un fait auquel le clinicien peut s'attendre. N'est-il pas logique d'en tenir compte dans le choix des procédés ?

L'utérus après la myomectomie. — Théoriquement, plus on laisse de tissu glandulaire et d'épithélium utérin, plus on compromet l'avenir. Aussi les considérations qui précèdent s'appliquent-elles aussi bien et mieux encore à la « myomectomie » qu'à l'hystérectomie subtotale. Tuffier nous a présenté, l'an dernier, un utérus qu'il venait d'enlever pour un cancer cavi-

taire; il l'avait opéré antérieurement pour le débarrasser d'un fibrome pesant 1 kilogramme; et maintenant il le présentait pour nous montrer comme, après la myomectomie, l'organe avait repris ses dimensions et sa forme. Il se plaçait au seul point de vue de la réussite matérielle de l'opération, c'était son droit; mais, de mon côté, j'ai le droit de juger le fait à un point de vue différent, et de dire que, si l'utérus n'était pas resté dans le ventre, il ne serait pas devenu cancéreux.

Je ne cherche pas, en ce moment, chicane aux partisans de la myomectomie, et je ne reproche pas à Tuffier d'avoir pensé un instant qne le règne de l'hystérectomie allait bientôt finir. Je demande, en retour, qu'on ne m'accuse pas de recommander une « hystérectomie préventive ». Je reconnais l'utilité de conserver l'utérus, sans trop penser à l'avenir, toutes les fois qu'il en vaut la peine : myomectomie sans mutilation excessive, femme encore jeune, grossesses possibles. Mais avouez que ces conditions, chez les femmes dont les fibromes s'imposent à l'attention et veulent être opérés, sont assez rares. Ce qu'il faut avant tout, pour défendre les bons côtés de la myomectomie, c'est qu'on ne puisse vous accuser de la faire tant soit peu par dilettantisme, et pour démontrer qu'elle est possible avec des tumeurs multiples, ou qu'elle est bénigne. D'abord, l'hystérectomie n'est pas plus grave, ou du moins elle ne l'est que dans les cas où, comme tout autre, vous êtes forcé d'enlever tout ; ensuite, il y a des distinctions à faire. Considérez les divers types d'utérus fibromateux : tantôt l'organe est de petite ou moyenne dimension, il a encore figure humaine, son tissu à la coupe est charnu et vasculaire, peu différent du tissu normal, et les fibromes, quels que soient leur volume et leur nombre, sont pour la plupart énucléés de la paroi, plutôt annexés à l'utérus que faisant corps avec lui; tantôt il représente une masse confuse, une hypertrophie totale, au milieu de laquelle on trouve bien des lobes séparés, mais dont la trame elle-même est aussi dégénérée, aussi fibromateuse que les lobes. Dans le premier cas, supprimez les tumeurs annexées, voire même des tumeurs interstitielles, il y a

des chances pour que l'organe respecté soit utile et fonctionne, en tout cas ne fasse pas souffrir et demeure silencieux. Dans le deuxième cas, faites une opération facile pour un seul fibrome, ou une manœuvre de haute école, peu m'importe, la conservation est illusoire ; il est probable que cet utérus est de ceux qui ne deviennent jamais gravides, il est certain qu'il n'est plus apte à le devenir et qu'il restera malade. A quoi bon laisser dans le ventre ce tissu scléreux, qui peut être encore une cause de douleurs ou d'hémorragies ? A quoi bon respecter cette « métrite chronique » dont vous avez coupé un morceau ? Et maintenant j'ajoute : puisque vous n'aviez pas de meilleures raisons pour vous abstenir, pourquoi n'avoir pas supprimé un organe malade qui a, dans sa paroi et dans sa muqueuse, toutes les aptitudes à devenir cancéreux ? Ce que l'utérus de Tuffier nous a montré pleinement, je l'ai vu sous d'autres formes : j'ai confié à Gastou, chef de laboratoire à Saint-Louis, des utérus scléreux que j'avais enlevés pour cause de douleurs, d'hémorragies ou de complications annexielles, et Gastou a trouvé dans leur muqueuse des cancers au début, que je n'avais pas soupçonnés par l'examen clinique. Ces faits m'ont vivement frappé — j'y reviendrai un autre jour — et ce n'est rien exagérer que de m'en souvenir et d'y conformer ma pratique.

Ma conclusion, en ce qui concerne les procédés opératoires, tiendra en quelques mots. Je préfère l'hystérectomie totale à la subtotale, toutes les fois qu'une raison technique sérieuse n'intervient pas pour me faire changer d'avis, c'est-à-dire dans la grande majorité de mes opérations. Je préfère l'hystérectomie à la myomectomie chez toutes les malades qui ne sont plus jeunes, et pour tous les utérus qui ne valent pas d'être conservés.

Mais une autre conclusion vient encore à l'esprit, c'est que la dégénérescence fibromateuse ne mérite qu'imparfaitement sa réputation de bénignité. Oui, les fibromes sont des tumeurs bénignes ; il y en a qui n'évoluent pas et qui sont indéfiniment compatibles avec une santé suffisante. S'il faut les sur-

veiller toujours dès qu'on les a découverts, il ne faut pas toujours les opérer. Telle est l'opinion moyenne des chirurgiens de valeur dans tous les pays. Mais je crois encore, et plus que jamais, qu'il est juste, « en présence des résultats que donnent aujourd'hui les opérations pratiquées par des mains habiles, de condamner à la fois les excès d'une chirurgie à outrance et le scepticisme naïf ou calculé qui soustrait les malades à une intervention éclairée et les livre aux pires accidents (1). » En écrivant ces mots, je ne pensais qu'aux accidents provoqués par l'évolution même du fibrome ou par les manœuvres des empiriques ; combien de fois n'ai-je pas vu des malades, éloignées d'une opération par de mauvais conseils ou par leur timidité, succomber brusquement à une phlébite ou à des complications viscérales ! Mais il faut penser, en outre, aux faits que je viens d'étudier, aux relations jadis méconnues qu'une observation clinique attentive et une étude histologique approfondie permettent d'établir entre des états morbides qui, loin de se contredire, nous apparaissent plutôt comme des étapes d'un seul et même processus. Déjà, pour justifier l'opération quand même, on s'est appuyé sur la transformation sarcomateuse ; c'est elle qui est la plus rare et la moins à craindre. Mais le cancer, hélas ! est fréquent. Rien ne justifie l'opération quand même ; rien, d'autre part, n'autorise le clinicien à rester asservi à des formules caduques, à fermer les yeux sur des rapprochements que la pathologie générale nous apprend à connaître, et qui peuvent nous inspirer une chirurgie plus utile. Dans l'espèce, les tumeurs bénignes appelées fibromes éveillent l'idée d'un trouble nutritif qui porte à la fois sur le parenchyme utérin et *sur la muqueuse*, qui dans l'un s'appelle sclérose, dans l'autre hypertrophie glandulaire, et qui prépare l'organe aux dégénérescences malignes. D'où il ressort que nous devons admettre la *gravité* des fibromes utérins, n'être jamais rassurés sur leur compte, ne jamais rassurer outre mesure celles qui les portent.

(1) L.-G. Richelot, *Chirurgie de l'utérus*, 1902, p. 352.

alors même que les tumeurs sommeillent, et nous garder des atermoiements, des concessions irréfléchies au traitement palliatif, toutes les fois qu'elles attirent l'attention et progressent. Ce n'est pas là, direz-vous, une révélation inattendue ; nous savons depuis longtemps qu'il est sage d'opérer les fibromes en voie d'évolution. Soit, mais j'ai voulu donner à cette opinion une force nouvelle, en l'appuyant sur des faits qui ne sont pas couramment admis et qui méritent, selon moi, d'être mis en lumière. Certes, je ne prétends pas vous apprendre que fibrome et sarcome sont de la même famille, que l'hypertrophie glandulaire simple peut tourner à la malignité, qu'enfin les utérus fibromateux sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée; mais ce qui m'importe, c'est de faire ces « rapprochements » qu'on m'a dit être prématurés, qui sont cependant un besoin de notre esprit, et qui rendent la pratique de la chirurgie plus raisonnable.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'OBLITÉRATION DES TROMPES (1)

Par le docteur **I. Rousse**, agrégé spécial à l'Université de Gand.

---

§ 1. — Historique.

Depuis plus de trente ans, les chirurgiens, au cours d'opérations obstétricales et gynécologiques, ont rendu stériles des femmes chez lesquelles la grossesse était légitimement contre-indiquée. Ils extirpaient au début l'utérus ou les ovaires, ou même tout l'appareil utéro-ovarique. Au fur et à mesure que le rôle de la sécrétion interne des organes a été mis davantage en évidence, ils ont renoncé à ces graves mutilations et ont eu recours à des moyens plus inoffensifs. L'oblitération complète du canal génital au niveau de la trompe, empêchant toute rencontre du spermatozoïde et de l'ovule, paraissait la méthode la plus rationnelle. Celle-ci avait, d'ailleurs, déjà été imaginée et appliquée longtemps avant l'introduction de l'antisepsie par Blundell, Isoriep et Kocks. Leurs procédés, signalés dans la thèse de Blietz (1), étaient complètement tombés dans l'oubli, quand Simon Thomas, Jalaschi (2) et Zweifel (3) les premiers, cherchèrent à oblitérer ces trompes au cours d'opérations césariennes. Ils jetaient au niveau de la partie moyenne de la trompe une ligature bien serrée au fil de soie ou de catgut. La clinique démontra bientôt que cette méthode n'était pas souveraine dans tous les cas : Jalaschi, Sutton (4), Pissemsky (5), Fritsch (6) et Kossman (7) publièrent des observations de grossesses survenues après la simple ligature des deux

---

(1) Ce travail *in extenso* a été présenté à la Faculté de médecine de l'Université de Gand comme dissertation inaugurale pour l'obtention du diplôme de docteur spécial en sciences obstétricale et gynécologique.

trompes au fil de soie ; Arendt (8) signala le même cas après la ligature au catgut. Ce procédé paraissait donc insuffisant : le canal tubaire n'était pas complètement obstrué, ou bien il se reconstituait après élimination ou résorption de la ligature. C'est pourquoi Kehrer (9) sectionna les trompes près de l'isthme entre deux ligatures au catgut, et Iritsch excisa entre les mêmes ligatures 1 centimètre du canal tubaire. Mais les bouts sectionnés, et nous visons ici spécialement les bouts utérins, peuvent rester perméables. Les observations de Gordon (10), de Sutton, de Schmidt (11) et d'Abel (12) le démontrent en quelque sorte d'une façon expérimentale.

Devant ces différents insuccès, d'autres procédés ont été successivement imaginés et appliqués : Braun-Fernwald (13) et Rühl (14) recouvrent les surfaces de section de la trompe, faite entre deux ligatures dans le voisinage de l'utérus, au moyen de péritoine. Kossmann, imitant Simon Thomas (15), coupe au thermocautère la trompe entre deux ligatures ou excise en entonnoir la muqueuse faisant hernie à la surface de la tension. Neumann (16) et Halban (17) réséquent la moitié utérine de la trompe, y compris sa partie interstitielle. Beuttner (18) coupe les deux trompes le plus périphériquement possible, passe deux plans de sutures sur chaque surface sectionnée (suture musculaire et suture séreuse) et réunit les bouts ainsi fermés par une suture musculaire. Toutes ces méthodes seraient insuffisantes d'après Fränkel (19), celui-ci prétend, en se basant sur des expériences faites sur des animaux, que des garanties absolues de stérilité exigent l'extirpation complète des trompes avec excision en coin de sa partie interstitielle. Enfin Rühl fixe, après section, la partie utérine de la trompe dans le vagin, et Menge (20) la suture à l'aponévrose du muscle grand oblique au niveau du canal inguinal.

Les faits cliniques qui ont été publiés jusqu'à ce jour ne nous permettent pas de nous rendre compte de la valeur de ces différents procédés. Presque tous les travaux qui traitent

la question ne signalent que les insuccès de l'une ou de l'autre méthode. On ne s'occupe pas des suites opératoires immédiates et éloignées ; nous ne savons pas s'il se produit au niveau des trompes des modifications pathologiques, des kystes par exemple, si la femme ne souffre pas d'adhérences, s'il n'y survient pas d'infection péritonéale, d'exsudats autour du pédicule, etc. Nous ignorons si, dans les observations qui ont été suivies de grossesse, il n'a pas été commis d'erreur de technique, la ligature n'ayant pas été suffisamment serrée par exemple ? Ou bien a-t-on compris la trompe dans un pédicule trop épais ? Ou encore a-t-on eu affaire à des organes altérés ? La clinique peut difficilement trancher les différentes questions que nous venons de soulever. Pour les résoudre, il faut s'adresser à l'expérimentation sur les animaux.

Hossmann le premier, il y a plus de trente ans, a lié à la soie les trompes de poulets : six semaines plus tard, ceux-ci commençaient à pondre. A l'autopsie, il trouva dans la cavité abdominale les ligatures incrustées de chaux et rompues par le gonflement des trompes. Dans ces dernières années, de nombreux autres expérimentateurs ont publié le résultat de leurs recherches sur le lapin, le cobaye et le cochon d'Inde. Signalons les travaux de Kehrer (21), de Landan (22), de Woskressensky (23), de Josephon (24), de Ratschinsky (25), de Domaschewitsch (26), de Sadowsky (27), de Fränkel et de Bond (28).

Leurs conclusions sont contradictoires sur tous les points.

Ainsi, tandis que Kehrer, Landau, Woskressensky, Josephon, Domaschewitsch et Sadowsky, auxquels nous pourrions ajouter Parsenow (29), Küstner (30), Heinricius (31) et Léopold (32) qui ont lié la trompe pour étudier les migrations de l'ovule à travers la cavité abdominale, ne soupçonnent même pas que la ligature n'oblitère pas la corne et la trompe, Iränkel prétend que cette oblitération n'existe, pour ainsi dire, jamais et que dans beaucoup de cas la lumière se conserve intacte.

La ligature simple ou double de la corne est toujours suivie

de la formation d'hydromètre, d'après Woskressensky et Bond, de temps en temps seulement d'après Fränkel.

La ligature double de la trompe produit toujours un hydro salpinx d'après Woskressensky, Josephon, Damaschewitsch, Sadowsky et Bond; Landau, de son côté, n'a constaté cette formation que dans quelques cas.

La ligature du bout abdominal de la trompe donne toujours naissance à un hydrosalpinx, d'après Woskressensky, Josephon et Sadowsky, quelquefois seulement d'après Landau.

La ligature du bout utérin de la trompe ne donne jamais d'hydrosalpinx d'après Woskressensky, Sadowsky et Bond; Kehrer cependant en signale dans ce cas.

Après la simple section ou la résection d'une partie de la corne, les bouts se ressoudent et la lumière se rétablit d'après Ratschinsky; quelquefois ce retour à l'état primitif ne se produit pas; il y a formation d'hydromètre. Fränkel, de son côté, a trouvé des fistules utéro-abdominales doubles après résection.

Il en est de même pour la section ou la résection d'une partie de la trompe : Domaschewitsch a vu les bouts se souder et la lumière se rétablir; Fränkel a retrouvé les fistules abdominales, et Kehrer a rencontré des hydrosalpinx après la simple section.

La formation kystique au niveau des trompes, pour la plupart des auteurs, est une accumulation de liquide, due à une sécrétion normale; Kehrer estime que cette sécrétion est insuffisante pour produire un hydrosalpinx; il faut qu'il existe une inflammation concomitante; celle-ci serait due soit à une inflammation préexistante, à la présence des ligatures ou des sections, soit à des troubles vasculaires, qui cependant ne se produiraient pas après une ligature même double d'après Josephon; Sadowsky, au contraire, admet qu'ils sont sérieux et persistants dans beaucoup de cas.

Ces nombreuses contradictions s'expliquent difficilement.

Faisons remarquer toutefois que différents auteurs se sont contentés de faire des expériences sur un nombre souvent très restreint d'animaux, et qu'ils ont, d'après nous, généralisé les faits survenus accidentellement. Comme d'une part la question de l'oblitération persistante, même momentanée, des trompes n'est encore nullement tranchée, et comme d'autre part elle a une importance capitale au point de vue clinique, non seulement dans le domaine obstétrical, mais aussi gynécologique, car il est intéressant de savoir comment les trompes se comportent dans de nombreuses opérations, telles que les hystérectomies abdominales, vaginales, les salpingectomies, etc., nous nous sommes décidé à faire des recherches nouvelles et de longue durée sur un nombre considérable d'animaux.

§ 2. — Expérimentation sur les animaux.

Nos expériences ont exclusivement porté sur le lapin pour des raisons multiples : cet animal, après opération, présente rarement des infections; ses trompes sont histologiquement constituées comme celles de la femme ; ses cornes ressemblent à ces dernières au point de vue du volume et de la structure, abstraction faite des éléments glandulaires, absents dans la trompe humaine; de plus, le lapin, que l'on se procure à volonté, se prête très bien à de longues expériences et le traitement post-opératoire est relativement simple.

1° Technique.

La technique que nous avons adoptée pour toutes nos opérations est la suivante : l'animal, non anesthésié, est fixé sur la table de Czermak; la région abdominale étant rasée et désinfectée, il est placé dans la position de Trendelenburg. L'incision faite sur la ligne médiane est longue de 3 à 4 centimètres et commence à 3 ou 4 centimètres du pubis.

Les manipulations sur l'appareil génital, que nous faisons sortir de la cavité péritonéale, sont rapidement exécutées et le ventre est fermé par deux plans de sutures : le premier au catgut comprend le péritoine, les couches musculaires et aponévrotique; le second ferme la peau et se fait au fil ordinaire (lin). Comme pansement occlusif, nous appliquons sur la plaie une épaisse couche d'un onguent de la formule suivante: airol, gummi, glycér., ãã : 10 grammes; bol. alb. 20 grammes; m. f. pasta.

La guérison de la plaie abdominale s'obtient très facilement, à tel point qu'au cours de nos expériences, nous avons pu remplacer, même pour le plan profond, le catgut par du fil ordinaire sans observer de réels inconvénients.

Les animaux opérés ont été mis en observation et sacrifiés quelques jours à plusieurs mois plus tard. Un grand nombre d'entre eux ont été laparotomisés 2, 3 à 5 fois; nous avons pu suivre ainsi les diverses étapes de l'évolution des modifications anatomo-pathologiques déterminées par nos interventions et instituer sur le même animal plusieurs expériences. Quand, à ces cœliotomies secondaires, nous rencontrions des lésions capables d'altérer les résultats de l'expérience (péritonite localisée, adhérences trop nombreuses, etc.), nous abandonnions immédiatement l'observation.

L'autopsie des animaux sacrifiés a été pratiquée immédiatement après la mort, et les pièces recueillies (appareil génital) ont été conservées dans le formol, pour être étudiées microscopiquement aux endroits intéressants. Quant aux quelques animaux qui ont succombé à l'entérite, la pneumonie, la péritonite ou à une affection indéterminée, nous n'en avons tenu compte que pour autant que la cause de la mort semblait n'avoir pu modifier les résultats de nos expériences.

Nos recherches ont porté sur les cornes et les trompes.

Nous avons cherché tout d'abord à oblitérer les cornes par les moyens qui nous paraissaient les plus efficaces. C'est pourquoi nous avons fait, dans une première série d'expérien-

ces, l'excision d'un morceau de 5 à 10 millimètres de cet organe entre deux ligatures bien serrées à la soie, au fil ordinaire ou au catgut. Nous avons institué ensuite des expériences dans lesquelles nous nous sommes contenté de sectionner les trompes entre les deux ligatures ; dans une troisième série d'opérations, nous n'avons jeté qu'une seule ligature sur la corne et, dans un dernier groupe, nous l'avons simplement sectionnée.

Dans les excisions et les sections nous avons toujours eu soin d'entamer profondément le ligament large, de cette façon les surfaces de section se sont écartées l'une de l'autre de 1 à 2 centimètres, ce qui devait contrarier leur accolement et par suite la reconstitution intégrale de l'organe.

Comme nous avons rapidement constaté, au cours de ces différentes séries d'expériences sur la corne, que nous arrivions toujours sensiblement aux mêmes résultats, nous nous sommes contenté, dans nos recherches sur la trompe, d'étudier les effets de la simple ligature et de la simple section.

Dans le présent exposé, nous ne donnerons pas les détails de chaque observation ; nous nous contenterons de signaler les résultats auxquels nous sommes arrivé dans l'ordre que nous venons d'établir.

Nous terminerons notre travail par l'étude microscopique des nombreuses pièces intéressantes que nous avons recueillies, au cours de nos recherches ; nous y ajouterons l'étude microscopique de modifications déterminées par la ligature de la trompe chez la femme.

2° **Résultats**.

CORNE

a) EXCISION D'UN MORCEAU DE CORNE ENTRE DEUX LIGATURES.

b) SECTION DE LA CORNE ENTRE DEUX LIGATURES. — Sur 14 expériences, 4 ont porté sur une seule corne et 10 sur les deux. Chez 8 lapins nous avons excisé un morceau de l'organe

entre deux ligatures. Chez 2, nous avons remplacé l'excision par la section ; chez 4 nous avons coupé la corne du côté vaginal d'une seule ligature.

Comme matériel de constriction, nous avons employé tantôt le catgut, tantôt la soie, tantôt le fil ordinaire. Nous avons ainsi fait 26 expériences sur 24 cornes. 26 fois nous avons provoqué la formation d'un hydromètre s'étendant de la ligature périphérique jusqu'à la trompe. Cette accumulation de liquide se produit dès les premiers jours qui suivent l'opération. Elle occupe d'abord la partie de la corne la plus voisine de la ligature, mais s'étend rapidement jusqu'à la trompe. La quantité de liquide est d'autant plus grande que la ligature a été placée plus près du vagin. Elle augmente progressivement pendant des semaines et des mois ; toutefois, elle présente chez certains animaux des alternatives d'augmentation et de diminution. Les kystes vidés artificiellement se reforment.

La sécrétion du liquide a lieu dans toute l'étendue de la corne, puisque l'on voit apparaître, au niveau des ligatures jetées sur ses différents segments, des kystes accessoires développés aux dépens des parties pincées entre les nœuds et les parties comprises entre les sections et les ligatures.

Les hydromètres ont une paroi uniforme ; celle-ci ne présente du côté vaginal aucune solution de continuité.

Les ligatures disparaissent, ou se retrouvent dans l'épaisseur du ligament large tout à fait séparées de la corne ou reliées à celle-ci par une traînée de tissu conjonctif ; souvent aussi elles se retrouvent dans l'épaisseur de la paroi kystique ou accolées à sa surface.

Les bouts de corne non transformés en kystes ne se ressoudent pas aux portions kystiques ; ils en restent ordinairement séparés de plusieurs millimètres. Quelquefois ils s'accolent latéralement à la paroi des kystes sans se confondre avec elle. L'extrémité correspondant à la surface sectionnée est complètement oblitérée.

Ces dernières considérations ne se basent pas seulement

sur l'examen macroscopique minutieux des matériaux recueillis ; comme nous le verrons dans la dernière partie de ce travail, elles seront confirmées par l'étude microscopique que nous avons faite d'un grand nombre de pièces intéressantes.

Ces résultats ont été obtenus, quelle que fût la nature de la ligature employée. Faisons remarquer en passant que, dans certains cas, le catgut se résorbe avec une lenteur excessive ; même après trois mois, nous avons pu retrouver du fin catgut à l'acide chromique presque complètement intact.

De ce que l'oblitération de la corne à un niveau quelconque est toujours suivie de la formation d'un hydromètre du côté ovarique, nous devons en déduire que la sécrétion de tout l'utérus s'écoule normalement par le vagin. Cet écoulement ne se fait jamais dans la cavité abdominale par les trompes, puisque, dans nos 14 expériences, ces dernières sont restées ouvertes, et que néanmoins le liquide sécrété par les cornes s'accumule sur place et détermine la formation de kystes (1).

Ligature simple. — Dans les 25 expériences où nous avons lié les cornes, nous avons jeté 48 ligatures, dont 36 à la soie ou au fil ordinaire et 12 au catgut. Les ligatures ont été tantôt unilatérales, tantôt bilatérales ; dans nombre de cas, nous en avons placé plusieurs sur la même corne.

Sur 48 ligatures, 44 ont provoqué la formation d'un hydromètre s'étendant de la ligature jusqu'à la trompe. Deux fois

(1) L'accumulation de liquide dans les cornes sous une pression faible, il est vrai, avec persistance de l'orifice utérin de la trompe, paraît être un phénomène paradoxal. Nous avons recherché l'explication de ce fait apparemment en contradiction avec les lois de l'hydrodynamique. Nous avons coupé en séries, perpendiculairement à leur axe, la corne et la trompe au point où elles se réunissent. La muqueuse de la corne y présente des villosités très développées, faisant saillie dans la cavité utérine. Quand la corne se distend, ces villosités sont refoulées vers l'orifice de la trompe et le bouchent complètement. La pression intra-utérine est insuffisante pour distendre la trompe, qui, elle-même, ne cède qu'à une tension beaucoup plus grande. L'orifice tubaire, tout en étant maintenu au point de vue anatomique, est donc fermé hermétiquement au point de vue physique.

la trompe a été distendue en même temps que la corne sur une longueur d'un centimètre environ. Quatre fois seulement l'hydromètre a fait défaut. Dans une observation, à la laparotomie faite dix-sept jours après la première, la ligature fut trouvée en place ; une nouvelle ligature jetée au même niveau a donné lieu à la production d'un kyste. Il est probable que la première n'aura pas été suffisamment serrée et que l'oblitération de la corne aura été incomplète. Dans une deuxième expérience, la ligature avait coupé complètement la corne et les surfaces sectionnées ne s'étaient pas écartées, le ligament large n'ayant pas été entamé ; aussi les bouts juxtaposés se sont-ils ressoudés et la corne s'est-elle reconstituée. Dans une troisième expérience, nous avons placé des ligatures sur les cornes et les trompes ; quoiqu'il n'y ait plus eu de coït après l'opération, 34 jours plus tard nous avons trouvé les cornes remplies de jeunes vivants à terme ou près du terme. Il y a donc eu ici incontestablement une prolongation de la durée de la grossesse ; celle-ci est-elle due à l'application des ligatures ? Des expériences nouvelles devraient être instituées pour trancher la question.

Si nous faisons abstraction des 2 expériences dans lesquelles la non-apparition de l'hydromètre est parfaitement motivée, 44 ligatures sur 45 ont déterminé une accumulation de liquide dans le bout périphérique de la corne. Si nous admettons que, parmi le grand nombre d'expériences, il est possible qu'au moins une fois la ligature puisse avoir été mal appliquée, qu'il y ait donc eu une faute de technique opératoire, nous pouvons conclure que la simple ligature est toujours suivie de la formation d'un hydromètre.

En même temps qu'il y a rétention de liquide, il y a oblitération complète de la lumière de la corne au niveau de l'application de la ligature.

Outre la formation kystique et l'oblitération de la lumière du canal, nous avons observé au cours de ces 25 expériences toutes les autres particularités que nous avons signalées après la première série d'observations : accumulation rapide et pro-

gressive du liquide, alternatives d'augmentation et de diminution de sa quantité, reproduction après ponction, rapports variés des ligatures avec la corne, etc. Nous n'y insistons pas davantage.

Section simple. — Nous avons fait 12 sections de corne. Ici, nous avons eu bien soin d'inciser en même temps le ligament large de façon à ce que les bouts sectionnés s'écartent l'un de l'autre de 1 à 2 centimètres. Parmi les 12 sections, 8 ont été suivies de formation d'hydromètre et d'oblitération. Dans une expérience, 2 sections ont été pratiquées sur la même corne ; 14 jours plus tard, un kyste se trouve en voie de formation périphériquement par rapport à la section latérale. Le segment de corne limité par les 2 sections ne renferme pas de liquide ; celui-ci s'étant donc écoulé, l'un des deux bouts au moins devait être ouvert ou n'avait pas encore eu le temps de s'oblitérer. Dans une autre expérience, les sections n'ont pas été suivies de formation kystique, parce qu'elles étaient faites tout près de la trompe. Il ne faut donc pas en tenir compte. Il en reste 10 parmi lesquelles 8, peut-être 9, ont déterminé des accumulations de liquide et oblitéré la corne.

Comme il est aisé de s'en convaincre, les ligatures doubles accompagnées d'excision d'un morceau de corne ou de sa section simple, la ligature à la soie, au fil ordinaire ou au catgut, la simple section conduisent pour ainsi dire, avec une régularité parfaite, à la formation d'hydromètres et à l'oblitération complète de la corne. Dans les expériences que nous avons entreprises sur la trompe, nous avons d'emblée commencé par la ligature unique et par la section simple. Comme nous sommes arrivé aux résultats prévus avec une constance pour ainsi dire absolue, nous avons pu nous dispenser d'appliquer d'autres procédés d'oblitération, prétendûment plus sûrs : ligature double avec excision ou section de la trompe, cautérisations, résections de la muqueuse tubaire, etc., auxquels beaucoup de nos prédécesseurs ont cru devoir recourir. Nos expériences ont encore été nombreuses cette fois :

nous avons donc pu en déduire des conclusions à l'abri du reproche fait aux observations d'autres expérimentateurs.

TROMPE

LIGATURE SIMPLE. — Au cours de 24 observations, nous avons lié 34 fois la trompe en un seul endroit. Tantôt la ligature était placée au niveau de son tiers interne, non loin de sa réunion avec la corne, tantôt dans sa partie moyenne, tantôt dans son tiers externe. Elle était uni ou bilatérale. Pas une seule des 34 ligatures n'a donné lieu à la formation d'un hydrosalpinx. Dans une expérience, où la ligature avait été jetée près de la corne et où celle-ci avait été obstruée, l'hydromètre a entamé la trompe jusqu'à sa ligature.

Chez 18 lapins, au moyen de 54 ligatures (quelques-unes des 34 premières reviennent ici) la trompe a été liée au moins en deux endroits différents. Toutes, sauf dans une expérience, ont été suivies de formations kystiques dans les segments qu'elles délimitaient. Toutes ces ligatures ont provoqué l'obstruction complète de la trompe, comme le démontre l'examen microscopique, confirmé par l'étude microscopique de pièces recueillies.

L'absence de formation kystique à la suite d'une ligature unique ne démontre nullement la persistance à son niveau de la perméabilité de la trompe, puisque, quand la ligature est double — à la ligature primitivement unique nous en avons souvent ajouté une deuxième ou une troisième — la production kystique apparaît toujours. Mais comme jamais il ne se produit, au niveau de la trompe, d'accumulation de liquide quand la ligature est unique et toujours quand celle-ci est double, il faut en conclure que dans le premier cas la sécrétion se déverse à la fois dans la corne et dans la cavité abdominale. Comme le résultat est le même, quel que soit le niveau où la ligature est jetée, la sécrétion de toute la trompe peut s'écouler soit par l'utérus, soit par le pavillon.

Dans une expérience une ligature double au niveau de la

trompe gauche n'a pas provoqué la formation d'un hydrosalpinx. L'obstruction devait donc être incomplète au moins pour l'une des ligatures. Deux nouvelles ligatures aux mêmes endroits ont déterminé ensuite la production d'un kyste comme dans tous les autres cas.

Nous avons vu que pour la corne utérine une ligature est suffisante pour faire apparaître un hydromètre périphériquement par rapport à l'endroit de l'obstruction. Ce fait constant démontre que la sécrétion utérine se déverse toujours dans le vagin et ne passe pas par la trompe dans la cavité abdominale ; tout au plus, le liquide accumulé dans la corne peut-il exceptionnellement distendre légèrement la partie interne de la trompe sur une longueur de quelques millimètres. A part cette différence dans la direction de l'écoulement du liquide sécrété par la corne et la trompe, toutes les particularités signalées à propos de nos expériences sur la corne reviennent ici : accumulation progressive de liquide en rapport avec la longueur du segment délimité par les ligatures et la durée de leur application ; alternatives d'augmentation et de diminution de la quantité de liquide sécrété, etc.

Quant aux ligatures qui ne se résorbent pas, tantôt elles restent en place, tantôt elles ont perdu tout rapport direct avec la trompe et ont émigré dans le ligament large, tantôt elles sont appliquées à la surface des kystes ou dans l'épaisseur de leurs parois; d'autres fois enfin, les deux segments oblitérés de la trompe se sont écartés l'un de l'autre de plusieurs millimètres, et les ligatures elles-mêmes se trouvent entre les bouts rétractés.

Section simple. — Nous avons coupé en tout 23 fois la trompe : 2 fois les sections ont été unilatérales, 5 fois bilatérales. Dans tous les cas une même trompe a été divisée en deux endroits, sauf dans une observation, où la section a été unique d'un seul côté. Cette section unique a été aussi la seule qui n'a pas été suivie de formation d'hydrosalpinx. Vingt-deux sections ont donné lieu à une accumulation de liquide dans les fragments de trompe qu'elles délimitaient.

Dans tous les cas, grâce à l'incision profonde des ligaments larges, les bouts sectionnés se sont écartés et complètement oblitérés.

Ces expériences à résultats aussi concordants permettent bien de conclure à l'oblitération constante des trompes par la simple section. Quand celle-ci est unique, le liquide sécrété pouvant s'écouler à la fois vers la corne et la cavité abdominale, elle n'est pas suivie d'accumulations de liquide ; quand la section est double, il y a toujours formation d'un hydrosalpinx. Celui-ci est d'autant plus grand que les sections sont plus distantes, qu'elles sont faites depuis plus longtemps. Nous retrouvons encore ici toutes les particularités signalées après les différentes séries d'expériences précédentes.

Nous avons ainsi terminé l'exposé des résultats de nos différentes séries d'expériences sur la corne et la trompe du lapin ; toutes ont conduit à des résultats identiques. Si nous faisons abstraction de la direction de l'écoulement possible des produits sécrétés, la corne et la trompe se comportent tout à fait de même. Les liquides accumulés à leur niveau sont également comparables : tous deux présentent une réaction alcaline, ont une densité très faible (1,008 à 1,009), sont riches en mucine, ne renferment pas d'albumine, ne contiennent que quelques débris épithéliaux, des granulations amorphes et pas de globules blancs.

Si tous les auteurs admettent que le liquide accumulé au niveau de la corne est le résultat d'une sécrétion normale, le désaccord le plus complet règne au sujet de la nature du liquide salpingitique ; les uns : Kehrer, Winter, Martin, etc., refusent de reconnaître à la trompe une sécrétion normale capable de donner lieu à la formation d'un hydrosalpinx ; celui-ci serait lié à une inflammation ou à des troubles vasculaires concomitants ; les autres, Landau, Josephon, Slawiansky, Woskressensky, Bond, etc., considèrent l'hydrosalpinx comme le produit d'une sécrétion normale. Nous partageons l'avis de ces derniers ; la nature même du liquide,

sa faible densité, sa teneur en mucine, l'absence d'albumine et de globules blancs, son accumulation constante et progressive, sa reproduction après ponction en dehors de toute inflammation et de tout trouble vasculaire plaident en faveur de cette manière de voir.

Les différentes conclusions auxquelles nous sommes arrivé jusqu'à présent découlent exclusivement de l'examen macroscopique minutieux de toutes les cornes et les trompes sur lesquelles nous avons opéré. Elles sont en opposition avec celles de divers auteurs, notamment de Fränkel, qui s'appuie en outre sur l'étude microscopique des modifications déterminées par les différents moyens d'oblitération de la corne et de la trompe. Nous avons cru devoir compléter notre travail, en faisant la même étude de nombreuses pièces que nous avons choisies de préférence parmi celles qui, macroscopiquement, auraient pu laisser des doutes.

Nos recherches microscopiques personnelles ont porté sur 16 pièces différentes de la corne et de la trompe, que nous avons coupées en séries. Les pièces ont été fixées dans le formol ou le Flemming, enrobées dans la celloïdine, colorées par le picro-carmin ou la fuchsine et éclaircies dans l'essence de bergamote, qui ne dissout pas la celloïdine et maintient intacts les rapports des tissus entre eux et avec des ligatures.

L'étude de ces nombreuses préparations confirme pleinement nos constatations macroscopiques. Comme les modifications sont identiques pour les deux organes, nous les avons réunies dans une description commune.

Quelques jours après l'application de la ligature, la corne et surtout la trompe sont d'ordinaire coupées. La section est souvent complète ; les fragments indépendants l'un de l'autre sont écartés de plusieurs millimètres ; parfois ceux-ci sont réunis par quelques traînées minces de tissu conjonctif. Quand l'un des segments se transforme en kyste, cet écartement disparaît le plus souvent, et il se produit entre eux des adhérences plus ou moins intimes ; tantôt celles-ci sont exclusivement péritonéales, tantôt les couches musculaires

externes se fusionnent, mais les couches musculaires internes et la muqueuse restent toujours bien différenciées. Quand les deux tronçons deviennent kystiques, l'accolement, la fusion des parois sont parfois très étendus ; mais toujours, entre les deux cavités complètement distinctes, il persiste une cloison épaisse de tissu musculaire revêtue de chaque côté de muqueuse.

Assez rarement la ligature reste en place, garde avec les segments qu'elle délimite ses rapports primitifs ; dans ce cas, elle renferme dans son anneau, la section étant incomplète, une mince couche du tissu musculaire fortement tassé. Le plus souvent, nous visons spécialement les fils qui ne sont pas résorbés, la ligature se retrouve sous forme de nodule sur la partie latérale du kyste formé ou du fragment resté normal. Ce nodule est enkysté ; il est, ou simplement sous-péritonéal, ou pénètre dans l'épaisseur du tissu musculaire ; il est entouré d'une coque plus ou moins développée de tissu conjonctif.

Quelles que soient les altérations provoquées par l'application de la ligature, quels que soient les rapports de cette dernière avec la corne et la trompe, les fragments délimités ne communiquent jamais avec la cavité abdominale et sont complètement obturés ; quand un segment ne se transforme pas en kyste, sur des coupes en séries, perpendiculaires à l'axe de l'organe, on voit, au fur et à mesure que l'on s'approche de l'endroit de la constriction, la lumière du canal se rétrécir, les villosités de la muqueuse se resserrer, s'accoler et l'épithélium disparaître par places d'abord, complètement plus loin ; cet épithélium reste cylindrique. Le derme de la muqueuse ayant disparu sur les coupes suivantes, il ne persiste plus que du tissu conjonctif mêlé de tissu musculaire ; l'extrémité du fragment est fermée par ce mélange de tissus, qui eux-mêmes sont recouverts de péritoine.

Quand le segment s'est transformé en kyste, celui-ci présente une paroi sensiblement uniforme ; sa surface interne est recouverte complètement de muqueuse présentant, suivant le degré de distension, des villosités plus ou moins élevées et

abondantes dans l'hydromètre et s'effacent rapidement dans l'hydrosalpinx ; l'épithélium de la muqueuse reste cylindrique et ciliaire. Outre la muqueuse, dont la partie dermique est mince, la paroi du kyste comprend une couche de tissu musculaire, à fibres surtout circulaires, et un revêtement péritonéal.

Non seulement la ligature provoque l'obstruction complète de la corne et de la trompe, mais la simple section est suivie des mêmes modifications anatomo-pathologiques. Nous devrions répéter ici, chose inutile, ce que nous venons de dire pour les ligatures.

Nous sommes donc loin d'avoir vu, après excision d'un morceau de corne ou de trompe entre une ligature double, les fragments s'accoler et le canal redevenir complètement normal. Deux fois nous avons observé après une ligature à la soie que celle ci avait été éliminée et que la corne semblait s'être reconstituée intégralement. Mais l'étude microscopique nous a démontré que cette reconstitution n'est qu'apparente; en effet, au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'endroit où la ligature a été appliquée, endroit que l'on reconnaît encore à un étranglement circulaire, la lumière de la corne se rétrécit, les villosités se resserrent, l'épithélium disparaît, et on trouve une fente limitée par la partie dermique de la muqueuse. Cette fente assez large se resserre à son tour, et bientôt on ne voit à l'intérieur de la couche musculaire que du tissu conjonctif plus ou moins adulte sans aucune solution de continuité ; à ce niveau, le tissu conjonctif est aussi plus abondant dans l'épaisseur des couches musculaires. Donc, même quand macroscopiquement les parois du canal paraissent être reconstituées, la lumière n'en a pas moins disparu et l'obstruction est tout aussi complète.

§ 3. — Expérimentation sur la femme.

Après avoir exposé nos nombreuses expériences et terminé cette étude microscopique, examinons à présent quels sont

les effets des ligatures et des sections sur la trompe de la femme. Comme nous avons expérimenté sur un organe ayant sensiblement la même constitution anatomique et la même fonction physiologique (trompe) et sur un organe s'en rapprochant par sa constitution et son volume (corne), mais s'obstruant peut-être plus difficilement par la présence de glandes véritables sécrétant en abondance un liquide pouvant s'opposer à l'oblitération, il serait logique d'en déduire que la ligature et la section de la trompe humaine normale sont suivies des mêmes effets que celles de la corne et de la trompe du lapin. Cette déduction toute naturelle ne se serait pas vérifiée dans différents cas qui ont été publiés par Pissemsky, Riès, Rühl et Fränkel.

Nous avons lié personnellement neuf fois la trompe normale à des niveaux différents au moyen de fils de soie et de catgut au cours d'opérations pour fibrome et cancer chez des femmes de 30 à 40 ans ; tantôt la ligature était placée immédiatement après l'ouverture de la cavité abdominale, comme temps précédant l'opération elle-même, donc sur la trompe en place, tantôt elle était faite immédiatement après l'extirpation de l'appareil utéro-ovarique.

Les pièces fraîches ont été fixées aussitôt dans l'alcool et coupées en série, comme nous l'avons fait pour l'étude microscopique des pièces recueillies chez le lapin.

Sur les coupes perpendiculaires à l'axe de la trompe, on voit le plus souvent, au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'endroit de la plus forte constriction, la trompe s'aplatir, l'aplatissement correspondant au nœud de la ligature ; les différentes couches (musculaire et muqueuse) s'amincissent, leurs éléments se tassent, les villosités de la muqueuse recouvertes de leur épithélium cylindrique ciliaire se resserrent, remplissent toute la lumière du canal. Plus loin, cet épithélium disparaît, et la trompe n'est plus constituée que par la partie conjonctive de la muqueuse et le tissu musculaire fortement réduit. Cette partie conjonctive disparaît à son tour, et il ne reste plus dans l'anneau de la ligature qu'une mince

traînée de tissu musculaire. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'autre côté de la ligature, la partie dermique de la muqueuse, les villosités recouvertes d'épithélium et la lumière de la trompe reparaissent dans l'ordre inverse de leur disparition. A l'endroit où la trompe est redevenue normale, à une certaine distance de la ligature les villosités sont plus nombreuses, celles qui ont été refoulées se joignant aux villosités existantes, distendent la lumière du canal, qui peut ainsi être légèrement élargi à ce niveau.

D'autres fois l'aplatissement de la trompe est encore beaucoup plus accusé. La lumière du canal se transforme en une fente très allongée avec quelques ramifications peu profondes; l'épithélium la remplit complètement sur une certaine longueur, puis disparaît; la partie dermique de la muqueuse, ayant remplacé l'épithélium, disparaît à son tour et il ne reste plus que du tissu musculaire serré étroitement dans l'anneau de la ligature sans que l'on puisse retrouver une trace de lumière.

La constriction peut être extrême: la ligature semble avoir coupé presque complètement la trompe; elle renferme à peine encore quelques fibres musculaires. L'oblitération existe néanmoins: la lumière, d'abord rétrécie, est comblée par les villosités accolées, serrées les unes contre les autres; plus près de la ligature l'épithélium disparaît et la lumière est obstruée par le derme de la muqueuse; celui-ci disparaît à son tour et est remplacé par du tissu musculaire; le fil, en écrasant la trompe, a donc refoulé le plus loin l'épithélium, puis la partie dermique de la muqueuse et a ramené par-dessus tout du tissu musculaire.

Une seule fois le fil a coupé nettement la trompe, et la muqueuse avec son épithélium a fait hernie à la surface de la section; la ligature renfermait encore dans son anneau une mince couche de tissu musculaire.

Sur 9 ligatures, 8 ont donc produit immédiatement l'oblitération complète de la trompe. Cette oblitération est-elle définitive? Nous croyons que le canal ne se reforme plus,

grâce à l'inflammation provoquée naturellement par l'écrasement des tissus et la présence d'un corps étranger. Deux pièces recueillies chez une femme ayant subi la section césarienne, et morte dix jours après l'opération de péritonite aiguë due à une perforation intestinale, semblent confirmer cette supposition. Nous avions, après avoir suturé la plaie utérine, mis sur chaque trompe, à 2-3 centimètres de la corne utérine, une ligature à la soie, serrée au moyen d'une traction lente et continue. Les trompes coupées en séries au niveau des ligatures nous ont encore montré les mêmes dispositions que celles que nous avons décrites comme étant les plus fréquentes parmi les neuf ligatures précédentes ; c'est-à-dire qu'au fur et à mesure que l'on s'approche et que l'on entame la ligature, on observe successivement l'aplatissement de la trompe, l'oblitération de la lumière, la disparition de l'épithélium et de la partie dermique de la muqueuse ; au niveau de la plus forte constriction, il ne reste dans l'anneau de soie qu'une couche de tissu musculaire fortement tassé.

Quant à la section nette de la trompe par la ligature avec formation d'une fistule tubo-péritonéale, elle doit être très rare, quand la ligature est appliquée avec certaines précautions. Nous nous sommes servi pour les 9 ligatures dont nous avons parlé plus haut, d'un matériel pris au hasard ; nous les avons serrées avec force au moyen de tractions irrégulières, précisément afin d'obtenir différents effets de constriction. Dans ces conditions, nous n'avons ouvert qu'une seule fois la lumière du canal. Si nous employons du fil de soie assez épais, si nous comprenons dans la ligature un peu de tissu du ligament large, si nous serrons le nœud au moyen d'une traction lente, progressive et continue jusqu'à production d'un sillon profond, ce que nous avons du reste fait au cours de l'opération césarienne mentionnée ci-dessus, nous sommes persuadé que la section du canal constitue un fait tout à fait exceptionnel. Si la trompe de la femme se comporte comme la corne et la trompe du lapin, même quand le fil coupe et répand la muqueuse à la surface de la section,

établissant momentanément une fistule tubo-péritonéale, celle-ci par l'inflammation consécutive se ferme et disparaît. Une pièce très intéressante, récoltée tout récemment, nous prouve qu'une ligature ayant sectionné à la longue la trompe, est suivie de l'oblitération complète du canal : une femme de 35 ans, à laquelle on avait enlevé l'ovaire droit kystique, dont le pédicule comprenant la trompe normale avait été lié au moyen d'un fil de soie, est laparotomisée une deuxième fois 13 mois après sa première opération ; le fil enkysté se retrouve dans l'épaisseur du ligament large à l'endroit du pédicule qui a disparu ; le bout de la trompe sectionnée est rétracté et écarté de la ligature au moins de 1 centimètre. Son extrémité, soumise à l'examen microscopique comme nos autres préparations, est complètement oblitérée.

§ 4. — Conclusions.

Nous sommes donc amené à admettre, jusqu'à ce que des faits cliniques démontrent le contraire, que la simple ligature bien appliquée et, à plus forte raison, la section, entamant le ligament large, entre deux ligatures sont amplement suffisantes pour oblitérer complètement et définitivement la trompe normale. Les quelques insuccès, très rares du reste, qui ont été publiés, peuvent aisément s'expliquer par des erreurs de technique (pédicule trop épais, ligature trop peu serrée) ou par des altérations des tissus de l'organe. Depuis un an nous avons personnellement eu l'occasion d'appliquer l'un et l'autre procédé chez six femmes avec un résultat positif au moins jusqu'à présent. C'est à la simple ligature ou, mieux encore, à la section de la trompe entamant légèrement le ligament large entre deux ligatures que nous conseillons de recourir quand on cherche, pour une raison légitime, à rendre la femme stérile au cours d'une opération intéressant le péritoine.

L'un et l'autre procédé constituent un complément d'inter-

vention qui se pratique rapidement, qui n'augmente guère les dangers de l'intervention principale et qui ne provoquent pas les délabrements inhérents à certaines méthodes que nous avons décrites au commencement de ce travail. Et encore l'application de la simple ligature n'est-elle pas toujours sans présenter des inconvénients: nous avons rencontré, même dans des opérations dont les suites ont été complètement apyrétiques, au niveau des ligatures des adhérences nombreuses, point de départ de douleurs, de phénomènes d'étranglement, etc. En outre, la ligature, en oblitérant la trompe, pourrait provoquer la transformation kystique de l'organe. Ce sont là autant d'éventualités dont il faut tenir compte et ne se résoudre à lier les trompes que quand il existe une indication formelle.

Si nous admettons comme légitime l'obstruction des trompes comme complément de certaines opérations (section césarienne dans les cas de rétrécissement marqué du bassin ventrofixation chez les femmes épuisées ayant eu beaucoup d'enfants, opérations abdominales chez des femmes tuberculeuses, cardiaques, etc.), nous sommes absolument adversaire de toute intervention entreprise sur la femme dans le but exclusif de la rendre stérile, comme l'ont préconisé Kehrer et d'autres. Ce sont là des opérations qui, le plus souvent, doivent être taxées d'immoralité et de complaisance, et qui pourraient conduire à des abus excessifs. Elles sont toujours dangereuses et exposent la femme à toutes les conséquences d'une intervention abdominale. Elles feraient diminuer le nombre des avortements médicaux ; nous ne parlons pas des avortements criminels. Mais ce mince avantage est loin de contre-balancer les grands dangers qu'elles entraînent. L'avortement médical ne présente plus guère de danger et est du reste devenu très rare grâce aux progrès de la science. La grossesse elle-même d'ailleurs peut être presque sûrement évitée par des moyens tout à fait inoffensifs.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

AYANT ÉVOLUÉ JUSQU'A TERME

LAPAROTOMIE MÉDIANE — MARSUPIALISATION DU KYSTE — ÉLIMINATION LENTE DE L'ARRIÈRE-FAIX — ABCÈS TARDIF DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS — COLPOTOMIE POSTÉRIEURE — GUÉRISON COMPLÈTE.

Par **M. H. Ferré**, directeur de la Maternité de Pau (1).

La grossesse extra-utérine se prolongeant *jusqu'à terme ou près du terme* est généralement rare, et chaque observateur ne peut en recueillir qu'un petit nombre de cas.

Elle semble également rare dans notre région, car jusqu'à présent, je n'ai eu connaissance que de 3 cas relatifs à des femmes du pays.

Le premier fut observé, en 1874, par Duboué. Il y eut un faux travail à terme, suivi de la mort du fœtus.

Duboué ouvrit et évacua le kyste fœtal après plusieurs applications de caustique de Vienne. Il obtint la guérison de sa malade, bien que la poche fœtale fût déjà infectée au moment de l'intervention.

Un autre cas a été observé, il y a environ 10 ans, par Mme Assenne-Prétou de Bedous. Cette sage-femme me fit part de son diagnostic et invita la malade à se rendre à la Maternité. Malgré son insistance et les accidents qui se produisirent, la malade refusa obstinément toute intervention.

A la suite du faux travail et de la mort du fœtus, le kyste s'infecta, s'ouvrit dans le rectum, à travers lequel le fœtus putréfié fut expulsé. La femme mourut quelques jours après cette expulsion.

Voici le cas qui m'est personnel :

---

(1) Communication faite à la Société médicale de Pau.

M. B..., âgée de 35 ans, entre à la Maternité le 25 mars 1903. Elle est envoyée par M. le docteur Foix, d'Oloron, et munie d'une lettre de ce confrère, dont voici les parties essentielles : « Je fus appelé, le mois de juillet dernier, auprès de cette femme. Elle m'apprit qu'elle se croyait enceinte :

« Suppression de règles, troubles sympathiques, augmentation du volume des seins et du ventre. Elle m'avait appelé pour des douleurs extrêmement vives siégeant plus particulièrement dans la région ovarienne droite, avec irradiation dans la région lombaire ; le ventre était ballonné dans toute son étendue. Il était cependant possible de délimiter, dans la zone douloureuse, une tumeur arrondie et d'une extrême sensibilité. Il existait, en même temps, une abondante métrorrhagie. Le toucher me montra un col ramolli mais ne me permit pas de recueillir d'autres renseignements en raison des mouvements et des douleurs de la patiente.

« J'ai assisté à ces symptômes à deux reprises différentes et à un intervalle de quelques jours seulement. Ils étaient assez nets pour me faire penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine, et je fis part à l'entourage de mes appréhensions ainsi que de la nécessité probable d'une intervention chirurgicale. J'engageai la malade à se laisser examiner dans ses périodes de calme ; mais, malgré mon insistance, elle s'y refusa énergiquement.

« Je l'ai rencontrée souvent depuis lors ; elle m'a toujours dit se bien trouver, sentir les mouvements du fœtus et n'avoir plus d'inquiétude. Le 23 mars dernier, enfin, j'ai été appelé auprès de cette femme. Elle me raconta que, depuis cinq semaines, elle avait des hémorragies répétées et qu'elle ne sentait plus les mouvements fœtaux.

« Les divers signes que j'ai constatés, et que vous constaterez à votre tour, m'ont confirmé dans mon idée première de grossesse ectopique et de la nécessité de débarrasser cette femme de son kyste fœtal par une laparotomie. »

Le diagnostic précoce, toujours délicat, de grossesse, extra-utérine avait donc été nettement posé par le docteur Foix.

Les péripéties diverses de l'évolution de cette grossesse, ainsi que les signes et symptômes recueillis dans le service, confirmèrent entièrement ce diagnostic, comme on va le voir.

M. B... a eu une première grossesse à 22 ans. Elle accoucha normalement d'un enfant vivant, aujourd'hui âgé de 13 ans. Elle

le nourrit pendant 18 mois, puis son lait disparut et ses seins devinrent tout à fait plats. Elle demeura très bien portante jusqu'à sa nouvelle grossesse.

En mai 1902, il y eut suppression de règles, ainsi qu'en juin. Pendant ces deux mois, il se produisit des maux d'estomac et de violentes nausées. Les seins grossirent. En juillet parut une perte sanguine peu abondante, accompagnée de sensations de refroidissement avec fièvre, points de côté. Ces troubles durèrent près de deux mois que la malade passa au lit. Elle reçut les derniers sacrements. En septembre, tout se calma et B... perçut très nettement les mouvements actifs du fœtus.

Son état demeura très bon jusqu'à la dernière quinzaine de février 1903. Il n'y eut, pendant ce laps de temps, ni règles, ni aucune perte sanguine.

A cette époque, B... se croit à terme et éprouve une crise douloureuse qui dure environ 12 heures. La sage-femme appelée ne constate aucun travail du côté du col, et rien ne s'écoule par le vagin.

Durant ces douleurs, B... sent le fœtus faire un *grand mouvement*. A partir de ce moment elle ne perçoit plus rien.

Quelques jours après, survient un gonflement douloureux des seins, et la pression fait sourdre un liquide épais et jaunâtre. Le ventre baisse progressivement, et le 23 mars les règles reparaissent ; elles durent 8 jours.

Depuis la crise douloureuse de fin février, B... est très préoccupée de son état ; elle s'alimente mal et maigrit rapidement.

Au moment de son entrée, les seins donnent facilement du lait à la pression.

Il existe une tumeur abdominale qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, fluctuante dans sa partie supérieure où le palper appuyé révèle un corps irrégulier situé profondément.

Au-dessus de l'ombilic, la tumeur semble solide ; elle est inégalement résistante et partout indolore. Elle est immobilisée dans toute ses parties, et les changements d'attitude ne modifient en rien les rapports de la masse avec la cavité abdominale ; seule, la position renversée permet un léger déplacement de la tumeur vers le diaphragme et une libération partielle du grand bassin. L'ensemble de la masse est à peu près du volume d'un utérus gravide de 8 mois.

La tumeur est arrondie supérieurement et étalée dans sa partie inférieure ; elle remplit plus complètement la fosse iliaque droite.

La tumeur est inclinée vers le flanc droit à la manière d'un utérus gravide ; elle semble faire corps avec les organes de cette région où sa délimitation est impossible.

La percussion donne les renseignements suivants : matité sur toute l'étendue de la tumeur, sonorité profonde dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque gauche ; sonorité claire dans l'hypochondre et le flanc gauches. L'auscultation ne révèle aucun bruit. L'examen de l'excavation montre que le pôle inférieur de la tumeur y descend jusqu'à sa partie moyenne et donne au doigt la sensation de fluctuation.

L'utérus est mou dans toute son étendue. Il mesure 11 centimètres de profondeur. Il est refoulé à gauche et en arrière ; la vessie a suivi l'utérus dans son déplacement et sous-tend la portion pelvienne de la tumeur, qui se trouve ainsi occuper le cul-de-sac antérieur.

La malade, qui ne s'alimente pas, dépérit visiblement et l'opération est décidée pour le 31 mars. Elle est pratiquée avec le concours des docteurs Goudard et Dassieu et en présence des docteurs, Foix, Doassans, Forcade, Domecq-Turon, Guichamans et Juppé.

La paroi abdominale est incisée verticalement sur la ligne blanche et sur une étendue de 15 centimètres ; les deux tiers de cette incision sont situés au-dessous de l'ombilic qui est contourné à gauche.

Quelques adhérences existent entre la paroi de la tumeur et le péritoine pariétal ; ces adhérences sont respectées et consolidées par une rangée de sutures en points séparés, comprenant la paroi du kyste et l'épaisseur de la paroi abdominale. La cavité fœtale est alors ouverte ; il s'écoule un liquide brun et la main introduite rencontre le siège du fœtus. Celui-ci est extrait facilement. Il est du sexe féminin et du poids de 2.730 grammes.

L'exploration de la cavité du kyste montre que celle-ci se compose de 3 parties : une partie moyenne à grand axe dirigé de bas en haut et de gauche à droite, qui contenait le corps du fœtus ; deux parties latérales, l'une située dans la fosse iliaque droite qui contenait la tête fœtale ; l'autre dirigée à gauche et en arrière contenant le placenta. Ces deux diverticules sont nettement séparés de la cavité médiane par un rétrécissement.

Le placenta est solidement adhérent à la paroi kystique et aux anses intestinales. La traction, même légère, sur le cordon, entraîne des portions d'intestin grêle.

Une petite partie seulement du placenta est décollée et enlevée, et le cordon est coupé aussi bas que possible.

La cavité du kyste est tamponnée avec des bandes de gaze stérilisée et de gaze iodoformée, et drainée avec deux gros drains.

Il s'est écoulé peu de sang; néanmoins, comme la malade est très affaiblie, il lui est fait une injection de 600 grammes d'eau salée.

L'élimination du placenta s'est faite par fragments et n'a été complète qu'au bout de 20 jours, ainsi que celle des membranes. Elle a donné lieu à de petites hémorragies répétées et à des phénomènes d'infection locale avec élévation de température, nécessitant des nettoyages et des pansements fréquents.

La portion supérieure de la poche s'est rapidement rétrécie, tandis que le segment inférieur demeurait encore béant. Il en est résulté une stagnation des liquides, qui a provoqué la suppuration de la partie déclive de la cavité.

Le 25 avril, le cul-de-sac postérieur est saillant et fluctuant; il est ouvert et drainé le 2 mai. Il s'en écoule une notable quantité de pus.

A partir de ce moment, l'état général de la malade s'améliore et la cavité du kyste se rétrécit rapidement.

Les sutures sont enlevées successivement, la plaie bourgeonne et est comblée le 4 juin.

Les règles étaient revenues le 24 mai.

L'opérée quitte la maternité le 22 juin en excellent état, ayant récupéré ses forces et son embonpoint.

Dès ce moment le kyste a disparu, sans laisser aucune trace. L'abdomen est souple dans toute son étendue et les organes paraissent libres de toute adhérence.

L'utérus est revenu à sa position normale; il est parfaitement mobile ainsi que les annexes. La suppuration du cul-de-sac postérieur n'a laissé derrière elle aucune adhérence.

En somme, sur 3 cas de grossesse extra-utérine arrivés au terme, deux opérations ont donné deux guérisons; le cas non opéré a été suivi du décès.

Ces résultats confirment entièrement ceux qui ont été si

bien mis en relief par le professeur Pinard dans ses mémoires de 1889 et 1892.

Si on ajoute que la conservation dans la cavité abdominale d'un kyste fœtal n'est pas sans danger pour l'avenir (1), alors même que ce kyste ne donne lieu, au moins provisoirement, à aucune réaction, on sera amené à adopter dans son intégralité la conclusion formulée par le professeur Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

---

(1) Funk-Brentano, *Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine*, 1898.

INFLUENCE DE L'ASPHYXIE SUR LA CONTRACTILITÉ UTÉRINE

A PROPOS D'UN CAS DE PNEUMONIE PENDANT LA GROSSESSE (1)

Par **J. Audebert** (de Toulouse).

Le 10 *février* 1903, à 10 heures du soir, une sage-femme de la ville amène à la Clinique d'Accouchements une malade enceinte d'environ 7 mois et demi, qui menace d'accoucher prématurément et qui se trouve dans un état général grave.

Cette femme est alitée depuis le 7 février. Elle a éprouvé ce jour-là un grand frisson, une courbature généralisée et un point de côté très douloureux, siégeant à la base du thorax, à droite ; puis, dès le lendemain, succédant à ces premiers phénomènes sont survenus une oppression croissante et une toux opiniâtre avec expectoration épaisse, muqueuse d'abord, teintée de filets de sang dans la suite.

Nous examinons cette malade dès son arrivée à la salle d'accouchements, et nous constatons tous les signes d'une pneumonie : facies caractéristique, dyspnée intense, crachats hémoptoïques.

C'est le poumon droit qui est atteint. A son niveau, la percussion révèle une matité étendue sur toute sa hauteur et à l'auscultation on perçoit un souffle tubaire très accusé en arrière, des foyers de râles crépitants en avant.

En certains endroits, en particulier à la base, il existe de plus de l'égophonie.

L'exploration du poumon gauche est bien différente : on note une légère submatité et la présence de râles muqueux disséminés.

La température est de 39°,5. Le pouls est dur, vibrant ; il bat 120 fois à la minute.

La malade est âgée de 40 ans. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. Son mari seul aurait une santé assez précaire et,

---

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Gilles, chef de clinique obstétricale.

d'après les renseignements que nous obtenons, serait atteint probablement de bacillose.

Pour elle, réglée à 14 ans, toujours d'une façon régulière depuis cette époque, elle a eu trois grossesses antérieures qui n'ont présenté aucune particularité saillante. Elles se sont terminées à terme, spontanément. Les trois enfants étaient de volume moyen. L'un d'eux serait mort aussitôt après sa naissance, mais nous ne pouvons avoir aucune explication précise à ce sujet.

Les deux enfants vivants ont été nourris par la mère.

La grossesse actuelle remonte au mois de juin (dernières règles du 8-11 juin).

Son évolution a été jusqu'ici à peu près normale, à part quelques troubles digestifs (vomissements, constipation opiniâtre..., etc.), d'ailleurs sans retentissement sérieux sur l'état général.

L'examen obstétrical nous donne les renseignements suivants :

La hauteur utérine est de 31 centimètres.

La paroi abdominale est souple et rend le diagnostic facile par le palper : siège complet et mobile au niveau du détroit supérieur, ayant des tendances à glisser dans la fosse iliaque droite ; tête au fond de l'utérus occupant la corne utérine gauche ; dos à droite.

Il s'agit donc d'une S. I. D. T.

Le fœtus est vivant, mais les bruits du cœur sont un peu sourds. Ils battent 128-130 fois à la minute.

Au toucher, le col paraît en voie d'effacement. Il forme un bourrelet circulaire ayant un demi-centimètre de hauteur. Il est perméable à ses deux orifices ; le doigt en déprimant les membranes arrive au contact de petits membres.

Les contractions utérines sont espacées et peu intenses.

L'examen des urines révèle un précipité abondant d'albumine.

On s'occupe aussitôt de la désinfection des voies génitales et on institue le traitement ordinaire de la pneumonie: ventouses sèches et scarifiées ; potion à base de kermes et de morphine ; alcool, oxygène.

11 *février*, matin. — L'état est à peu près le même que la veille ; les signes stéthoscopiques sont identiques. T., 38°,6 ; P., 116-118. Du côté de l'utérus, pas de contractions ni de modifications du col, à part une certaine souplesse qui permettrait d'obtenir une dilatation rapide si cette intervention devenait nécessaire. Mais étant donné l'arrêt spontané des contractions utérines, nous basant d'autre part sur l'âge peu avancé de la grossesse et la possibilité de

voir cette dernière poursuivre son cours après résolution de l'état phlegmasique, il nous paraît légitime, sans grand espoir d'ailleurs, d'essayer d'enrayer définitivement le travail.

Dans ce but, on fait administrer à la malade un lavement avec 25 gouttes de laudanum.

De plus, le traitement général est maintenu.

5 heures soir. — Depuis une heure environ, la malade éprouve de petites contractions utérines. Jusqu'ici elle n'a prévenu personne, tant ces douleurs étaient insignifiantes. Cependant depuis quelques instants, elles sont devenues plus intenses et plus rapprochées.

Voici ce qu'apprend l'examen pratiqué aussitôt : poche des eaux à la vulve ; dilatation complète. Les membranes, retournées en doigt de gant, nous permettent d'atteindre la région fœtale profondément engagée : siège et petits membres. Nous rompons immédiatement ces membranes au niveau de la portion qui fait hernie à l'extérieur et nous procédons à l'extraction du fœtus. Celui-ci est de tout petit volume et l'intervention ne présente aucune difficulté.

L'enfant, une fille, vient en état d'apnée.

Sous l'influence de bains et de frictions à l'alcool, la respiration s'établit peu à peu ; mais les cris sont faibles et les mouvements du thorax lents et irréguliers.

Son poids est de 1.840 grammes.

Pendant la période de délivrance, l'utérus se contracte mal, et cette inertie s'accompagne d'un suintement sanguin, qui, à un moment donné, se transforme en hémorragie assez abondante. On se contente de pratiquer des injections chaudes, de façon à atténuer simplement cette perte qui n'affecte pas de caractères graves et qui constitue plutôt une saignée favorable dans l'espèce.

Le placenta est extrait à 5 h. 50 par légère expression. Il pèse 530 grammes. Il est complet ainsi que les membranes et ne présente aucune lésion macroscopique à signaler.

La malade, dans les quelques heures qui suivent la délivrance éprouve un soulagement réel.

La physionomie devient plus calme, la respiration moins accélérée.

Un grand changement paraît s'être produit dans son état.

Mais ce bien-être est de courte durée. Dans la soirée, l'oppression et l'anxiété reviennent.

La température à 9 heures du soir atteint 39°,4. Le pouls est rapide, mal frappé; on compte 130 pulsations.

On pratique une injection de sérum artificiel de 300 grammes et une injection de caféine.

12 *février*. — La nuit a été mauvaise, marquée par de l'agitation et du délire.

La dyspnée est intense; la respiration est bruyante et stertoreuse.

La malade est abattue, constamment couchée sur le côté droit.

A 9 heures du matin, la température est de 39°,4. Le pouls est faible, battant 120 fois par minute. On fait de nouvelles piqûres de caféine.

Le soir, à 5 heures, nous examinons la malade avec M. Sarda, chef de clinique médicale.

Voici le résultat de cet examen :

Poumon droit, en arrière. — Légère voussure; vibrations vocales augmentées à la base et à la partie moyenne du poumon, matité au niveau des mêmes régions et à l'auscultation souffle tubaire extrêmement marqué et râles crépitants, surtout perceptibles lorsque l'on fait tousser la malade, d'ailleurs presque tous cachés par le souffle tubaire.

Enfin égophonie très nette.

Sur la ligne de l'aisselle. — Vibrations vocales augmentées. Matité. Mêmes signes à l'auscultation qu'en arrière, plus quelques frottements qui s'entendent surtout à l'inspiration. Le souffle tubaire est moins fort qu'en arrière.

En avant. — Sonorité légèrement diminuée par rapport au poumon gauche.

Vibrations vocales normales. Quelques râles muqueux. Respiration rude et soufflante.

Poumon gauche. — On entend de nombreux râles muqueux dans toute la hauteur du poumon.

Cœur. — L'état des poumons en rend l'auscultation difficile. Les deux bruits paraissent assourdis, mais réguliers et rapides. Pouls, 120.

Pas de bruit de galop; pas d'intermittence, pas de souffle.

Le pronostic paraît très grave. Il est encore assombri par l'état mental de la malade qui témoigne une opposition formelle à se laisser soigner et qui refuse obstinément toute espèce de médication.

A 9 heures du soir, le thermomètre s'élève à 39°,8.

Délire toute la nuit.

La malade meurt à 4 heures du matin, le 13 février.

L'enfant, que l'on avait mise en couveuse, était morte quelques heures auparavant, le 12 février, à 10 heures du soir.

Depuis sa naissance, elle avait présenté une série de crises de cyanose, et sa température rectale, prise quelques instants avant le décès, marquait seulement 30°.

Par mesure administrative, nous ne pûmes procéder à son autopsie ni à celle de la mère.

L'observation que nous venons de rapporter en détails, prête à plusieurs considérations importantes.

Nous ne retiendrons que certains points :

1° Tout d'abord, notre fait tend à établir, une fois de plus, la gravité de la pneumonie chez la femme enceinte.

Prise en bloc, la mortalité des femmes gravides atteintes de cette affection est d'environ 40 p. 100. Mais il est à remarquer que la proportion des décès est plus grande, lorsque l'expulsion de l'œuf se produit au cours de l'évolution phlegmasique. Cette éventualité aggrave la situation des malades, dont les deux tiers succombent dans ces cas-là.

Au contraire, la grossesse poursuit-elle son cours, la léthalité est moindre et tombe à 15 p. 100 seulement.

Comment la déplétion utérine rend-elle le pronostic si fâcheux ?

Le surmenage du cœur, l'œdème aigu du poumon survenant sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs ont été tour à tour incriminés et rendus responsables du dénouement.

A notre avis, ce n'est pas là l'interprétation qu'il faut admettre.

Les accidents cardiaques ou pulmonaires ont, en effet, une action immédiate. Or, tous les faits le démontrent, l'accouchement dans la pneumonie est ordinairement suivi d'une amélioration momentanée. Très rapidement, après la déli-

vrance, les phénomènes généraux s'amendent, une détente se produit dans l'état du sujet.

Ce n'est que quelques heures après que l'aggravation se manifeste, d'une façon secondaire pour ainsi dire.

Dans notre cas, pendant quatre heures, nous avons observé une véritable résurrection.

N'est-il pas plus rationnel d'admettre une autre explication et d'établir la gravité du pronostic d'après l'intensité du processus infectieux ?

Les formes bénignes de la pneumonie permettent la continuation de la grossesse ; les formes graves amènent fatalement son interruption.

2° Nous ne dirons rien de la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré au cours de la pneumonie. Nous rappellerons seulement que cette terminaison est notée dans la moitié des cas environ, 21 fois sur 43 cas d'après Ricau.

3° Nous laisserons également de côté la question relative au traitement. Dans notre observation, la marche rapide de l'infection ne nous a pas permis de discuter l'opportunité de l'accouchement provoqué. Le traitement médical seul a été appliqué. A ce point de vue, nous serions tout disposé, le cas échéant, à recourir au collargol, médicament qui paraît jouir actuellement d'une si grande faveur.

4° Il eût été intéressant pour nous d'essayer d'établir la transmission de la maladie de la mère au fœtus.

On sait que la pneumonie fœtale a été démontrée la première fois par Strachan en 1886 et, depuis, par les travaux de Netter, Marchand, Foa et Bordone.

Les recherches de Friedländer, de Netter, de Talamon, qui ont décelé la présence du pneumocoque dans le tissu placentaire, expliquent l'infection du fœtus *in utero*.

Dans notre cas, l'examen bactériologique, pratiqué par M. Dalous, est resté négatif. Mais on ne peut tirer de ce résultat aucune conclusion bien ferme ; car, par suite de circonstances particulières, les cultures n'ont pu être faites que

36 heures après l'accouchement, espace de temps beaucoup trop considérable étant donnée la rapidité avec laquelle le pneumocoque perd sa virulence.

Nous ajouterons, enfin, que l'absence d'autopsie nous met dans l'impossibilité de rattacher à sa cause réelle la mort du fœtus : pneumonie ? pneumococcie méningée ? toxémie ? naissance prématurée ? Toutes ces hypothèses sont admissibles.

5° Un fait qui nous arrêtera plus longtemps, c'est la marche rapide et insidieuse du travail. Cette particularité, au cours de la pneumonie, a été déjà signalée par Vinay.

Mais quelle en est l'explication ?

En 1858, Brown-Sequard tenta une série d'expériences pour démontrer l'action de l'acide carbonique sur la contractilité utérine.

Chez deux lapines, auxquelles il ne manquait que deux jours pour arriver au terme de la gestation, il pratiqua l'ouverture de l'abdomen et injecta dans l'aorte du sang de chien défibriné et chargé de CO^2.

Or voici ce qu'il observa. L'une de ces femelles ayant reçu du sang saturé de ce gaz, des contractions utérines se manifestèrent deux minutes après l'injection, et trois minutes après l'expulsion des fœtus se produisit.

En revanche, chez l'autre femelle, avec du sang moins carboniqué, 5 minutes s'écoulèrent avant le début du travail, et la mise bas n'eut lieu qu'au bout de 10 minutes.

Cette expérience parut concluante ; elle fut le point de départ d'une théorie que tout le monde adopta avec les applications importantes qui devaient en découler, en particulier l'action utéro-motrice de l'asphyxie. Cependant les expériences de Brown-Séquard, malgré la grande autorité qui s'attache à leur auteur, ne sont pas à l'abri de toute critique.

Chambrelent, qui s'est placé sur le même terrain expérimental, fait remarquer que la laparotomie et l'injection dans l'aorte constituent des actes opératoires graves et que, dans les résultats obtenus, il faut faire la part du traumatisme

imposé aux animaux et des conditions spéciales dans lesquelles Brown-Séquard opérait avant la période antiseptique.

Mais il y a plus encore, et on peut se demander si la mise en train de l'utérus ne reconnaîtrait pas simplement pour cause l'extériorisation de cet organe et son contact avec l'air.

[De ce que (1), au cours de certaines expériences et dans certaines conditions, on a constaté des contractions sur l'utérus mis à nu, il ne faut pas conclure que ces contractions sont dues à la condition expérimentale que l'on fait intervenir. En effet, le fait seul d'exposer l'utérus au contact de l'air suffit à déterminer des contractions que nous pouvons appeler *spontanées* pour les distinguer des contractions provoquées par l'excitation électrique, par exemple.

Nous l'avons bien souvent constaté au cours d'expériences effectuées dans un autre but sur l'utérus de la lapine, et dans lesquelles nous inscrivions la courbe des contractions utérines.

Il suffisait d'ouvrir le ventre et d'attirer au dehors une corne utérine pour voir celle-ci entrer presque immédiatement en contraction. C'est, du reste, une propriété que le muscle utérin partage avec tous les autres muscles à fibres lisses, d'être excité par l'air froid ; on sait, en effet, que les mouvements péristaltiques de l'intestin, par exemple, deviennent beaucoup plus actifs lorsqu'on l'expose à l'action de l'air par une laparotomie.

La constatation de ces contractions utérines, facile à faire par la simple vue devient encore plus évidente si l'on se sert de la méthode graphique.

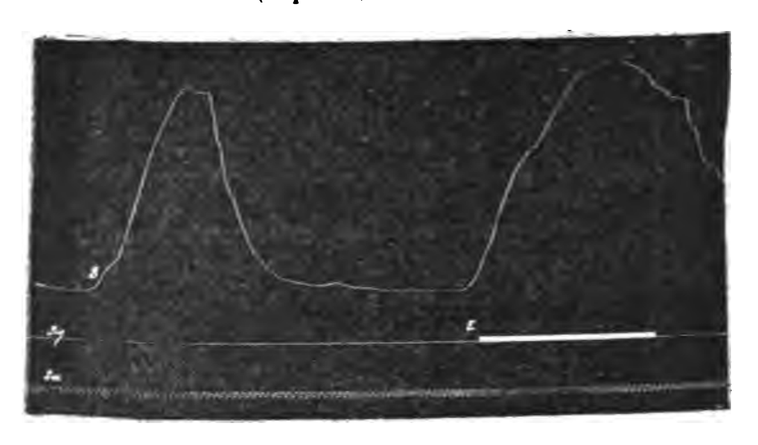
Nous avons eu la bonne fortune de retrouver quelques-uns de nos tracés où ce phénomème s'est trouvé fortuitement inscrit. Deux d'entre eux surtout le montrent d'une façon on

(1) Les lignes comprises entre les deux crochets [ ] ont été écrites par M. Lafon, chef des travaux de physiologie à l'Ecole vétérinaire, qui a bien voulu nous prêter son précieux concours pour mener à bien les expériences ci-jointes.

ne peut plus manifeste. Il nous suffira de les

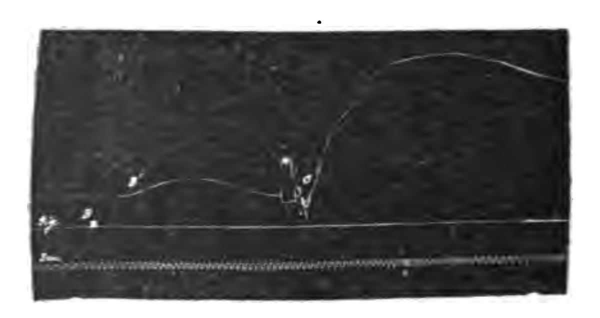
yeux du lecteur sans insister davantage.

Dans le tracé n° 1 (exp. 12), la contraction spontanée S pré-



TRACÉ n° 1.

S, contraction spontanée ; — C, contraction provoquée; — E, excitation électrique ; — *Sig*, signal ; — *Sec*, métronome battant la seconde.



TRACÉ n° 2.

B, excitation électrique (de courte durée); — B′, contraction provoquée; — C, contraction spontanée; — M, mouvements de l'animal; — *Sig*, signal; — *Sec*. métronome battant la seconde.

cède la contraction C provoquée par une excitation électrique et atteint sensiblement la même amplitude.

Dans le tracé n° 2 (exp. 51), la contraction provoquée B′ est

C qui lui succède. Il est vrai que dans ce dernier cas l'animal s'est débattu (ses mouvements se sont traduits en M par des vibrations de la plume), et l'excitation mécanique déterminée par les tiraillements de l'utérus ont été vraisemblablement la cause de cette contraction particulièrement intense.]

Retenons seulement de nos expériences ce fait incontestable : c'est qu'il n'est pas besoin, pour expliquer les contractions utérines observées par Brown-Séquard, de faire intervenir l'action de l'acide carbonique et par conséquent de l'asphyxie expérimentale; le simple contact de l'air suffit pour le provoquer.

Les expériences de Brown-Séquard ne doivent, par conséquent, être acceptées que sous réserve.

En 1891, elles ont été reprises par Chambrelent et Saint-Hilaire, *Bulletin de la Société de biologie*.

Voici rapidement exposé leur *modus faciendi* :

A. Une chienne pleine est placée sous une cloche de verre; peu à peu on voit se produire chez elle, les accidents que l'on observe, lorsqu'un animal respire dans un milieu confiné : dyspnée, asphyxie lente, puis mort apparente survenant, dans le cas actuel, au bout de 35 minutes de séquestration.

Pendant toute la durée de cette épreuve, pas de contractions utérines, pas de menace d'avortement.

B. Une autre chienne est enfermée sous une cloche de verre dont l'air contient déjà une certaine proportion de CO^2.

Dans ces conditions, on constate les mêmes phénomènes et le même résultat que dans le cas précédent.

Dans ces derniers temps (1901), Chambrelent et Pachon ont fait de nouvelles recherches sur cette question.

Par la compression de la trachée chez une lapine pleine, ils ont déterminé tous les signes de l'asphyxie (exophtalmie, dilatation pupillaire considérable, ralentissement des battements du cœur, etc.), sans que l'expulsion des fœtus s'ensuivit.

Les travaux de Chambrelent, confirmés par nos propres



expériences, détruisent donc la théorie édifiée par Brown-Séquard.

Si maintenant, laissant de côté l'expérimentation, nous consultons les faits cliniques, nous constatons que ces derniers, au premier abord, paraissent contradictoires.

Tantôt, en effet, avec des troubles de l'hématose, même peu marqués, on voit chez certaines femmes survenir la déplétion utérine ; tantôt, chez d'autres, atteintes de dyspnée très intense et arrivées à un état d'asystolie très avancé, les contractions tardent à se manifester, au point que la provocation du travail s'impose quelquefois devant la gravité des accidents.

Des faits de ce genre s'observent au cours de cardiopathies et j'ai eu l'occasion de les signaler à propos d'un cas d'asthme, publié en collaboration avec le docteur Sorel, à la *Société de médecine de Toulouse*, en juin 1900. Dans ce cas, malgré des accidents asphyxiques extrêmement graves qui menacèrent la vie de la mère, et qui amenèrent vraisemblablement la mort du fœtus, on ne put constater le moindre début de travail, la plus petite contraction utérine, et l'accouchement eut lieu seulement 10 jours après. D'ailleurs cette même femme, pendant deux grossesses antérieures, avait présenté à plusieurs reprises des accidents de même nature ; ce qui ne l'avait pas empêchée d'accoucher à terme les deux fois.

Comment expliquer ces différences ? Faut-il faire intervenir une irritabilité spéciale de l'utérus ? Non. Ce que l'on peut dire, c'est que la raison qui paraît prédominante pour certains auteurs, l'asphyxie, n'a, en réalité, aucune action ecbolique certaine et si quelques maladies asphyxiantes s'accompagnent de l'expulsion du produit, c'est qu'elles-mêmes relèvent d'un facteur tout différent, *l'infection.*

Quand l'organisme se trouve, en effet, sous le coup d'une maladie infectieuse généralisée, les microbes et leurs toxines qui circulent dans le torrent circulatoire agissent directement soit sur les terminaisons nerveuses, soit sur les centres excito-moteurs de l'utérus et provoquent ainsi des contractions.

Cette pathogénie, à laquelle nous nous rallions, nous permet d'expliquer : 1° les différences qui existent au point de vue de leur mode d'action entre les *maladies asphyxiques* infectieuses et non infectieuses ; 2° le retentissement si inégal des diverses infections sur l'utérus suivant leur degré de gravité.

Les asphyxies sans infection généralisée (cardiopathie, asthme, coqueluche, etc.) n'ont qu'un retentissement limité sur l'utérus ; au contraire, les maladies asphyxiques de nature infectieuse (pneumonie, broncho-pneumonie, etc.) ont une répercussion pour ainsi dire inévitable sur la fibre utérine, agissant en cela comme l'albuminurie gravidique, véritable intoxication sans asphyxie.

La même pathogénie permet de comprendre aussi l'inégalité de l'influence exercée par une même infection sur l'apparition des contractions utérines. Chez tel sujet, une maladie infectieuse déterminera très rapidement le travail ; chez tel autre, atteint de la même infection, la grossesse poursuivra son cours, et l'accouchement se produira à terme deux ou trois mois plus tard. Dans le premier cas, il s'agissait d'une forme grave avec toxémie, c'est-à-dire passage du microbe dans le sang ; dans le second, d'une forme bénigne, sans généralisation ni toxémie. On ne pourrait choisir un exemple plus frappant de cette dualité que la pneumococcie qui, tout en étant très capable de se généraliser et par conséquent d'avoir une action des plus efficaces sur le muscle utérin, peut aussi, comme l'a dit Netter, rester « une maladie exclusivement locale ». C'est la forme qui n'a aucun effet sur l'organe utérin, et qui permet la continuation de la grossesse.

REVUE ANALYTIQUE

De l'anatomie de la trompe gravide (On the anatomy of the pregnant tube), ANDREWS. *Transactions of the Obst. Soc. of London*, 1903, vol. XLV, p. 197.

L'auteur, s'appuyant sur l'étude de la littérature médicale de la grossesse tubaire, surtout des sept dernières années, ainsi que sur les examens de préparations histologiques personnels, donne une courte description des structures histologiques de la trompe et de l'œuf dans la grossesse tubaire jeune.

Il discute d'abord la question de la *caduque tubaire*. Dans la grossesse intra-utérine, les modifications déciduales ne sont pas exclusivement cantonnées dans l'endométrium corporéal; modifications semblables s'observent dans les cellules du tissu connectif de l'endométrium du col, des ovaires et dans les cellules du péritoine. Dans la grossesse tubaire, on trouve des changements déciduaux dans l'endométrium, dans les cellules du tissu connectif de toutes les portions de la trompe. Il n'y a pas dans l'oviducte formation d'une caduque comparable à celle formée dans l'utérus, la différence tenant aux différences dans la structure anatomique respective des deux organes. L'auteur souligne la différence de structure de la muqueuse des plis tubaires et de la muqueuse entre les plis. Il relate les recherches les plus récentes sur l'implantation, la nidification de l'œuf dans l'utérus, note, qu'au début, cette nidification dans la trompe est semblable, mais que plus tard l'œuf creuse sa loge d'incubation jusque dans la musculeuse tubaire en raison de la minceur relative de la muqueuse de l'oviducte. La portion fœtale du placenta dans la trompe est identique à celle formée dans l'utérus; mais la portion maternelle est notablement différente dans les deux organes. En ce qui concerne la *caduque réfléchie*, voici ce que l'auteur écrit :

« La question de la caduque réfléchie a été le sujet de beaucoup de controverses. D'après les anciennes idées sur le mode de fixation

de l'œuf à l'endométrium, la réfléchie se formait, s'édifiait autour de l'œuf, *l'œuf lui-même restant passif.* Füth, en 1898, décrivit un œuf tubaire de deux semaines et demie, qui était tout à fait en dehors de la lumière de la trompe, et séparée d'elle par une *capsulaire,* pourvue d'un revêtement épithélial et de fibres musculaires. L'œuf était entre les couches circulaires et longitudinales de la musculeuse tubaire. On a émis l'idée que ce qu'on avait décrit jadis comme caduque réfléchie était formé de plis de la muqueuse tubaire. Füth soutient que la *présence de fibres musculaires bien marquées dans la capsulaire* suffit à établir que celle-ci ne peut être formée *exclusivement* par des plis de la muqueuse. L'implantation intercolonnaire (entre deux franges) ne pourrait expliquer que seulement la présence de quelques fibres musculaires dans la capsulaire.

Werth a pensé que la profondeur à laquelle arrive l'œuf tubaire, que la disposition apparente de la musculaire tubaire, qui paraît avoir été « dévorée » par l'œuf, démontrent que celui-ci a dû creuser, activement, sa place dans la paroi tubaire. Füth affirme sa première déclaration que la capsulaire contient des éléments musculaires, et que la seule explication de ce fait est fournie par les idées de Peters sur la nidification, sur l'enfouissement de l'œuf humain. Heinsius, en 1901, dit avoir trouvé l'œuf tout à fait en dehors de la lumière de la trompe. Entre l'œuf et la lumière de l'oviducte, il y avait une couche épaisse de muscle; vers la paroi opposée, l'œuf arrivait jusqu'au revêtement péritonéal de la trompe. Peters, sur l'œuf utérin le plus jeune de tous ceux examinés jusqu'ici, a constaté que l'œuf était, dans l'épaisseur de l'endométrium, tout à fait au-dessous du niveau de l'épithélium.

« L'épithélium était tout à fait intact, sauf en un très petit point, celui où il avait été perforé par l'œuf. La brèche dans l'épithélium était fermée par du tissu connectif et du sang coagulé. Le siège, très profond, de l'œuf dans la musculeuse de l'ovaire, ne peut s'expliquer que par un processus actif, propre au trophoblaste. Si l'on doit admettre qu'il n'existe pas de caduque vraie dans la grossesse tubaire jeune, il faut également renoncer à l'idée de la formation d'une caduque réfléchie par édification d'une paroi autour de l'œuf.

« Suivant les idées les plus récentes sur la nidification de l'œuf dans la trompe, la *réfléchie*, *capsulaire* ou membrane de sépara-

tion (partition Sheet), est formée, au début, de caillots sanguins et plus tard, à mesure que l'œuf creuse sa loge plus profondément, de muscle et de muqueuse, sauf en une très petite place où la muqueuse a été perforée par l'œuf. A ce niveau, il y a probablement du tissu connectif organisé. Füth avait déjà constaté des éléments musculaires dans cette capsule, mais leur présence ne se trouva suffisamment bien expliquée que lorsque les idées de Peters sur l'enfouissement de l'œuf furent acceptées. Sur le plus grand nombre des pièces, on ne peut trouver une « capsulaire » *parfaite*, parce que sa portion médiane a été détruite. Sur plusieurs coupes, néanmoins, on peut voir nettement la capsule vers chaque pôle de l'œuf. Même quand il y a eu hémorragie et que le sang a fait irruption à travers la portion médiane, la plus mince de la capsulaire, on peut ordinairement voir sur une coupe que l'œuf lui-même est en dehors de la lumière tubaire, bien que celle-ci contienne des caillots sanguins. L'œuf peut se greffer de trois façons : 1° greffe colonnaire (sur une frange); 2° greffe entre deux franges, l'œuf étant attaché aux faces de deux franges et sans attachement à la muqueuse entre les bases des franges ; 3° greffe intercolonnaire, c'est-à-dire greffe sur la muqueuse située entre les bases de deux franges (mode de greffe vraisemblablement le plus commun). »

L'auteur traite ensuite rapidement du trophoblaste, qui, au niveau de la trompe, se comporte comme au niveau de l'utérus.

Évolution clinique de la grossesse tubaire. — Avortement et rupture sont les résultats de l'action envahissante du trophoblaste. La déchirure du côté du péritoine ou du côté de la muqueuse est produite, soit directement par l'action destructrice du trophoblaste ou indirectement par l'augmentation de pression, effet de l'hémorragie survenue au niveau des vaisseaux dont les parois ont été détruites par les cellules ectoblastiques.

Conclusions. — 1° Il n'y a pas dans la trompe gravide, durant les premiers mois de gestation, de formation déciduale comparable à ce qui est observé dans l'utérus; 2° le siège, la loge de l'œuf est en dehors de la lumière de l'oviducte, dans le muscle tubaire. Il paraît impossible d'expliquer l'enfouissement profond de l'œuf autrement que par l'action ulcérante du trophoblaste ; 3° les vaisseaux sont ouverts par le trophoblaste; 4° rupture et avortement sont principalement causés par l'action destructrice du trophoblaste.

La communication de ce travail à la Société obstétricale de Londres (séance du 6 mai 1903) donna lieu à la *discussion* suivante (1) :

Eden. — Des points trop nombreux sont envisagés dans ce travail pour que la critique en soit aisée ; toutefois, il fera une ou deux remarques sur le mode d'implantation de l'œuf tubaire, comme il est décrit par l'auteur. En lisant ce que l'auteur dit sur ce point, il a été frappé de la pénurie des constatations en faveur de l'affirmation que l'œuf s'implante dans la couche musculaire de la paroi de l'oviducte. Exception faite du cas décrit par Füth, il n'est pas de preuve manifeste qu'il en soit ainsi. Il se peut que la pièce montrée ce soir à la Société par le docteur Cuthbert Lockyer confirme la conclusion de Füth, mais, à l'heure actuelle, il est impossible de juger définitivement sur ce point. D'autre part, il convient de se rappeler qne l'École française, représentée par Couvelaire et Cornil, ne partage pas l'opinion de Füth sur ce point ; il estime, en outre, que le docteur Andrews aurait dû tenir compte de l'important travail de Couvelaire. La monographie de ce dernier : *Études anatomiques sur les grossesses tubaires*, est le travail le plus important sur la question paru depuis celui de Cl. Webster, *Ectopic Pregnancy*, et cependant le docteur Andrews, dans sa monographie, n'en a fait aucune mention.

L'opinion de Couvelaire est que l'œuf tubaire n'est jamais totalement enfoui dans la muqueuse tubaire, comme l'est l'œuf dans la muqueuse utérine, que son pôle externe reste découvert, à l'exception d'une couche adventice de fibrine ; il appelle ce pôle, *pôle libre* de l'œuf, et décrit ses rapports avec beaucoup de soin.

Il veut aussi critiquer cette façon de dire du docteur Andrews que l'œuf tubaire se développe *en dehors de la lumière de la trompe*, façon de s'exprimer qui lui paraît incorrecte, bizarre, et qui n'ajoute rien à la netteté de notre conception de la grossesse tubaire. Il estime que le point que le docteur Andrews devrait s'efforcer de préciser, c'est celui de l'enfouissement, selon lui, *intramusculaire* de l'œuf tubaire et *intradécidual* de l'œuf utérin.

Le docteur C. Lockyer montre un cas d'avortement tubaire incomplet qui met sous les yeux le mode d'implantation de l'œuf dans la paroi de la trompe. La pièce établit très nettement un des

(1) *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1903, vol. XLV, p. 234.

points les plus importants de la monographie du docteur Andrews : comment l'œuf fécondé creuse, à l'aide de son trophoblaste, à travers la muqueuse et dans le muscle de l'oviducte, et se développe, à ce niveau, en dehors de la lumière de la trompe par un processus exactement semblable à ce qui se passe dans l'utérus, et comme il a été établi par la pièce de grossesse utérine jeune de Peters. La valeur de cette pièce réside dans le fait que la capsulaire du placenta est complète, ce qui, au jugement de Lockyer, en ferait une pièce, unique jusqu'ici. Il contredit l'opinion de Couvelaire que l'un des pôles de l'œuf reste dépourvu d'une capsule dérivée de la paroi de la trompe. Les recherches de Couvelaire ont porté sur des matériaux provenant de cas de grossesses tubaires plus âgées que celle qu'il a utilisée. Dans celle-ci, le placenta avait un diamètre de seulement 1/2 centimètre ; aucune hémorragie ne s'était faite dans le tissu placentaire, il ne s'était pas épanché de sang dans la lumière de la trompe; conséquemment, la capsule placentaire qui proéminait dans la lumière tubaire n'avait pas subi de lésion traumatique; aussi, pouvait-on facilement en suivre les détails histologiques.

Targett a constaté sur plusieurs pièces de grossesses tubaires la destruction profonde des éléments anatomiques tubaires par l'action phagocytique de l'épithélium fœtal, etc. Il croit que dans la variété ampullaire la pénétration de la couche musculeuse doit être plus tardive, par suite de l'espace plus grand offert dans ce cas à l'expansion de l'œuf.

R. Andrews déclare qu'il n'avait pas connaissance du travail de Couvelaire, lorsqu'il écrivit son mémoire, mais qu'il l'a lu depuis. Or, il ne pense pas que ce qui peut être appelé la théorie allemande de la formation de la *capsulaire* soit renversée par la description que Couvelaire a faite de la membrane qui recouvre le *pôle libre* de l'œuf. Il a fait des coupes sériées qui démontrent la présence de muscles dans la *capsulaire*. Il admet tout à fait que, sur la majorité des pièces, il est impossible de mettre en évidence une *capsulaire* parfaite, par la raison que la plupart de ces pièces sont altérées par l'hémorragie. Il tient pour extrêmement intéressante la pièce de C. Lockyer, qui met en évidence une mince couche de muscle entre l'œuf et la lumière de l'oviducte.

R. L.

De la formation de la « Capsulaire » dans la grossesse tubaire (Zur Bildung der Capsularis bei der Tubarschwangerschaft), J. VOIGT. *Arch. f. Gyn.*, Bd LXVIII, Hft. 3, p. 642.

Y a-t-il dans la grossesse tubaire, comme dans la grossesse utérine normale, formation d'une caduque réfléchie? Ce point particulier de la réaction de la muqueuse tubaire gravidique a été le point de départ d'études multiples et a donné lieu à des opinions diverses.

C'est ce même point, la formation de la *capsulaire*, l'auteur adoptant un mot qui ne préjuge rien de la nature même de la membrane limitante de l'œuf greffé sur l'oviducte, que J. Voigt a essayé d'élucider, en utilisant des matériaux provenant de la *Königl. Frauenklinik* de Dresde, soit 6 pièces pathologiques. Or, l'examen minutieux de ces pièces lui a donné des résultats qu'il résume ainsi : dans les 6 cas, il y a une membrane capsulaire nette, qui enveloppe l'œuf ou la môle sur une étendue plus ou moins grande.

Il faut rapporter la formation de la capsulaire en premier lieu au fait que l'œuf s'enfouit dans le tissu maternel. Dans les cas de nidation *intercolonnaire* (intercolumnarer Einbettung), mode de beaucoup le plus ordinaire, ce n'est pas seulement la muqueuse et le tissu connectif, mais aussi une portion de la musculeuse, qui s'étalent sur l'œuf.

Dans le développement ultérieur, cette « capsulaire » peut être en partie détruite par une irruption des cellules de Langhans ou par des hémorragies, en sorte qu'il n'y a plus que des débris de la paroi tubaire arciformes, ligamenteux, adhérents à l'œuf ou à la môle.

En certains cas particuliers, où il s'agit peut-être de nidation, de greffe *intracolomnaire* (1) (intracolumnare Einbettung), l'œuf peut encore entamer d'autres franges, d'autres plis de la muqueuse tubaire et les attirer pour s'en recouvrir.

Sur aucune des pièces, il ne fut trouvé un vestige quelconque de formation déciduale : il ne s'agit donc pas ici d'une caduque réfléchie ; en réalité, l'œuf se pourvoit dans la trompe de la capsulaire

(1) Par *intracolumnare Einbettung*, Werth a désigné la greffe, exceptionnelle, de l'œuf au sommet d'une frange tubaire, alors que la greffe ordinaire se produit au fond des sinus, entre les franges.

aux dépens des tissus maternels non modifiés, suivant qu'il s'enfouit plus ou moins profondément dans la paroi de l'oviducte.

Il faut chercher les raisons de ce processus dans les conditions de nutrition défavorables qui s'offrent à l'œuf dans l'oviducte.

R. L.

Sur un cas d'achondroplasie, par S. Gache. *Argentina medica*, 17 octobre 1903.

Après une revue générale de la question, l'auteur apporte une très intéressante observation personnelle accompagnée de photographies et d'une radiographie.

Sur un cas de torticolis congénital avec autopsie et examen histologique du système nerveux, par L. Gallavardin et P. Savy. *Lyon médical*, 22 novembre 1903.

Il s'agit d'un torticolis congénital très accentué avec hémiatrophie cranio-faciale chez un homme de 60 ans. A l'autopsie, on constata ce qui suit :

Transformation tendineuse, raccourcissement et rétraction extrême du chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien (8 centimètres au lieu de 18 centimètres), atrophie musculaire simple du chef claviculaire ; pas d'apparence cicatricielle, pas trace d'hématome ancien ni d'adhérences inflammatoires périmusculaires.

Examen histologique du système nerveux : aucune lésion dans le système nerveux périphérique (filets du spinal, tronc du sympathique cervical, ganglions cervicaux inférieur et supérieur). Pas de lésion du noyau bulbaire du spinal. Atrophie très marquée de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure (noyau cervical du spinal).

Conclusions : « 1° Les lésions macroscopiques ou microscopiques que nous avons pu constater au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans un cas de torticolis congénital, ne nous semblent pas en faveur de l'origine musculaire locale (traumatique ou infectieuse de cette affection ;

2° L'absence de lésions au niveau du système nerveux périphérique (filets du spinal, tronc et ganglions du sympathique cervical) ne permet pas non plus d'attribuer cette affection à une lésion névritique ;

3° Il existe une lésion médullaire « collatérale » du torticolis congénital, c'est l'atrophie de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure, c'est-à-dire du noyau d'origine du spinal cervical ;

4° La signification exacte de cette lésion reste encore à préciser. Il est possible qu'il s'agisse d'une lésion médullaire primitive, tenant sous sa dépendance les altérations musculaires et l'hémiatrophie cranio-faciale ; il n'y a pas d'argument qui permette de rejeter définitivement cette interprétation très vraisemblable, qui ferait du torticolis congénital l'analogue de la paralysie infantile. Mais il est possible aussi que cette lésion ait seulement la valeur d'une atrophie rétrograde, consécutive à une malformation ou à une lésion primitive du muscle. » A. C.

Les altérations syphilitiques du cordon ombilical (Die syphilitischen Veranderangen der Nabelschusse). Bondi, *Arch. f. Gyn.* Bd 69, Hft 2, p. 223.

Nombre d'auteurs se sont certainement occupés déjà des lésions syphilitiques du cordon ombilical (Œdmanson, Winckel, Léopold, Bar et Tissier, Macé et Durante, etc.). Toutefois, les notions acquises sur ce sujet restent encore assez rares, et dans sa très remarquable thèse sur *la Syphilis du placenta* (1), A. Schwab a pu résumer les

(1) *De la Syphilis du placenta*. A. Schwab, Thèse de Paris, 1896, p. 136.

connaissauces sur ce point de la façon suivante : « mais, en somme, ces faits de lésions prononcées du cordon syphilitique sont très rares. Pour notre part, nous n'avons rencontré une lésion macroscopique appréciable du cordon dans aucune de nos observations, Mais, sous le microscope, nous avons observé des altérations des vaisseaux funiculaires et du stroma du cordon. Ces altérations consistent dans une infiltration plus ou moins abondante de la substance fondamentale du cordon par des cellules embryonnaires. De plus, les vaisseaux funiculaires peuvent être atteints d'endopériartérite ou de phlébite : il existe alors une infiltration plus ou moins riche de cellules dans les parois des vaisseaux. »

Bondi a fait l'examen histologique du cordon ombilical de 35 enfants, dans des cas où la syphilis de la mère ou de l'enfant fut établie soit par l'ensemble des symptômes cliniques, soit par les constatations anatomo-pathologiques faites à l'autopsie. Dans 4 de ces cas, cependant, l'anamnèse, la clinique et l'histologie

pathologique, lésions funiculaires mises à part, n'avaient permis qu'un diagnostic de grande vraisemblance. Dans 15 cas (3: 7) il y avait des altérations inflammatoires *exsudatives* des parois des vaisseaux, lésions inégalement réparties dans le cordon ombilical. Les modifications histologiquement semblables, mais de degré variable, consistaient essentiellement dans : *a*) l'imbibition séreuse de la tunique moyenne et de la gélatine périvasculaire; *b*) l'infiltration de *leucocytes polynucléaires* entre les faisceaux musculaires comprimés et dissociés, en sorte que ces derniers formaient parfois un réseau délicat et que parfois ils étaient frappés de nécrose. En certains cas, il y eut des infiltrats en forme d'abcès, de l'exudation de fibrine dans la tunique interne, et une fois calcification dans la couche externe de la tunique moyenne.

Ces altérations, ajoute l'auteur, correspondraient à celles d'une artérite, d'une phlébite. Elles ne présentent par elles-mêmes rien de spécifique, de caractéristique ; ce sont des altérations qui peuvent être déterminées par les divers agents phlegmoniquee. Mais la recherche soigneuse d'un agent inflammatoire dans tous ces cas resta absolument négative (recherches bactériologiques, en particulier). D'autre part, l'auteur fit des examens histologiques sur cent cordons ombilicaux dans le but de bien préciser les conditions normales des vaisseaux funiculaires, et jamais il ne releva des altérations inflammatoires.

En conséquence, il conclut nettement que les leçons décrites ci-dessus sont bien des lésions d'origine syphilitiqnè tout en mettant en relief cette particularité différentielle de ces lésions syphilitiques héréditaires, congénitales avec celles de la syphilis acquise; qu'elles sont les effets d'un processus inflammatoire, exsudatif, tandis que les autres correspondent à un processus essentiellement plastique.

Ces lésions du cordon ombilical sont-elles d'origine syphilitique, et sont-elles aussi constantes dans la syphilis congénitale ? il y a sans doute intérêt à contrôler soigneusement ces propositions du docteur Bondi. Si en effet leur exactitude était définitivement démontrée, il y aurait là un moyen d'établir l'existence de la syphilis fœtale, dans des cas autrement douteux, et d'instituer au plus tôt un traitement efficace. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie und Therapie der Rachitis, *von W. Stœltzner* **(Berlin, 1904, S. Karger).**

L'auteur, qui a déjà publié un travail sur la pathologie de la naissance des os, étudie dans ce livre l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement du rachitisme. L'ouvrage, qui comprend 176 pages et 3 planches, est d'une lecture intéressante. Il se termine par une bibliographie très complète du rachitisme. Toutes les théories sur la nature du rachitisme sont soigneusement passées en revue et critiquées; l'anatomie pathologique est décrite en détails avec 3 planches histologiques. La symptomatologie et le traitement sont également traités avec détails. Le livre est très complet, d'une lecture facile et digne de fixer l'attention de tous ceux que la question du rachitisme intéresse. P. Lecène.

VARIÉTÉ

CONGRÈS NATIONAL PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

La quatrième session du Congrès périodique national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie se tiendra à Rouen du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. le docteur Richelot, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine.

La section de Gynécologie sera présidée par M. le docteur Richelot, président général du Congrès; la section d'Obstétrique, par M. le docteur Guillemet, professeur à l'École de médecine de Nantes; la section de Pædiatrie, par M. le professeur Kirmisson, membre de l'Académie de médecine.

Les rapports déjà mis à l'étude sont les suivants :

De la malignité des kystes de l'ovaire,
Par le docteur Cerné, professeur à l'École de médecine de Rouen;
De l'hytéropexie au point de vue des grossesses consécutives,
Par le docteur Oui, professeur agrégé à la Faculté de Lille;

De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la puerpéralité,
Par le docteur Legueu, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des Hôpitaux de Paris ;

Les leucocytes du lait,
Par le docteur Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

Du lait cru dans l'alimentation des nourrissons,
Par le docteur Méry, professeur agrégé à la Faculté et médecin des Hôpitaux de Paris ;

La maladie de Barlow,
Par le docteur Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ;

Des infections cutanées chez les nourrissons,
Par le docteur d'Astros, médecin des Hôpitaux de Marseille ;

Des invaginations intestinales chez l'enfant,
Par le docteur Grisel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ;

Des résultats éloignés fournis par la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile,
Par le docteur Dérocque, chirurgien des Hôpitaux de Rouen.

Le montant de la cotisation pour les membres du Congrès est de 20 francs. Il donne droit aux comptes rendus imprimés, à la réduction que le Comité obtiendra presque certainement sur le prix des billets de chemins de fer français et à la diminution qu'il espère également obtenir sur les frais de séjour dans les principaux hôtels de Rouen.

Les dames appartenant aux familles des membres du Congrès sont invitées à assister aux séances et à prendre part aux fêtes organisées par le comité. Elles jouiront des mêmes avantages matériels accordés aux adhérents du Congrès. Le montant de la cotisation qu'elles auront à verser est de 10 francs.

Les adhésions et cotisations sont reçues dès maintenant par le secrétaire général du Congrès, docteur Albert Martin, professeur à l'École de médecine, 6, place de la Cathédrale, à Rouen.

Les membres qui ont l'intention de présenter des communications, sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au secrétaire général du Congrès *avant le 1er février* 1904.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME LX

Juillet à Décembre 1903

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME LX

Juillet à Décembre 1903

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES GÉNÉRALES

REVUE CLINIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

BIBLIOGRAPHIE

NÉCROLOGIE

VARIA

Paris. — Imp. E ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de Lorette.

